



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

-TESIS DE LICENCIATURA-

***“Depresión y Ansiedad Infantil:
Un estudio sobre la validez concurrente del
RCADS”***

Alumna: López Flores, Agustina Sol

Correo Electrónico: lopezagustinasol@gmail.com

Legajo N°: 212288

Director: Dr. Casari, Leandro Martín

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE:

VOCAL UNO:

VOCAL DOS:

PROFESOR INVITADO:

CALIFICACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo final a quienes acompañaron mis sueños desde siempre, y recorrieron conmigo este camino.

A mis papas, por su inmenso amor, por ser siempre los primeros en apoyarme y acompañarme incondicionalmente en los proyectos más importantes de mi vida y por sostener mi meta profesional con los mismos latidos que los míos, desde el primer día.

A mi hermana y futura colega, mi primera amiga y pilar fundamental en mi vida y carrera.

A mis dos ángeles del cielo que me enseñaron desde pequeña que todo esfuerzo con dedicación siempre trae recompensas.

A la hermosa amistad que me brindan mis amigos de siempre, por estar a mi lado y ser una parte primordial en mi vida, soportando ausencias y dando amor siempre.

A mis amigos y compañeros de estudio, sin los cuales este proceso no hubiera sido de tanta felicidad y crecimiento. Con quienes compartí los mejores años de mi vida y a quienes les debo gran parte de todo esto.

A el Dr. Leandro Casari y a la Lica Paula Moretti, por brindarme su ayuda y su tiempo desinteresadamente, su paciencia y sus conocimientos, los cuales hoy posibilitan el cumplimiento de un gran sueño.

A cada profesor que desde el amor y la vocación dejó huellas, guiando y acompañando este proceso de aprendizajes.

Gracias, a cada una de las personas que fueron parte de todo mi proceso y hoy se alegran conmigo desde diferentes lugares.

A Dios por guiar mis pasos siempre.

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en el marco del proyecto de investigación titulado “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17). El **Objetivo** de la misma fue: “*Analizar la ansiedad y depresión en niños/as mendocinos/as de 8 a 12 años de edad.*” Para lo cual se trabajó con un **Diseño** descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra (**participantes**) conto con un total de 57 niños, con edades comprendidas entre 12 y 13 años pertenecientes a dos escuelas del Gran Mendoza, una de ámbito privado y otra de ámbito urbano marginal. Los Instrumentos utilizados fueron: la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) y el inventario de depresión infantil (CDI). **Los Resultados** obtenidos en la misma, mostraron que existen diferencias significativas en los porcentajes obtenidos en las dos escuelas con respecto a los valores de ansiedad y depresión, como así también una correlación entre el CDI y la RCDAS.

ABSTRACT

This research was developed under the research project entitled "Adapting the Revised Anxiety and Child Depression Scale (RCADS), in schoolchildren in the Great Mendoza", which is funded by the Faculty of Psychology, University of Aconcagua (Res. N° 546/17). The objective was: "Analyze anxiety and depression in mendocinos children ages 8 to 12." For which it is worked with a descriptive, cross-sectional correlational design. The sample (participants) counted with a total of 57 children between 12 and 13 years old, belonging to two schools in the Gran Mendoza, one private and one of urban marginal area. The Instruments used were: the Revised Anxiety and Depression Scale (RCADS) and the children depression inventory (CDI). The Results obtained in it showed that there are significant differences in the percentages obtained in the two schools with respect to anxiety and depressive values, as well as a correlation between the CDI and the RCDAS.

INDICE

HOJA DE EVALUACIÓN.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION	9
PRIMER PARTE	11
MARCO TEORICO	11
CAPITULO I:.....	12
“DEPRESION INFANTIL”	12
1.1 Definición de depresión.	13
1-2 Recorrido histórico.....	16
1-3 Depresión infantil.....	18
1-4 Síntomas.....	19
1.5 Criterios diagnósticos	20
1-6 Depresión infantil y otras variables psicológicas.....	24
CAPITULO II “ANSIEDAD INFANTIL”	38
2-1Definición de ansiedad.....	39
2-2 Trastornos de ansiedad en la infancia.....	42
2-3 Criterios diagnósticos.....	43
2-4Etiología.....	50
2-5 Síntomas.....	51
2-6 Ansiedad infantil y otras variables psicológicas.....	52
CAPITULO III:.....	59

<i>“LA EVALUACION DE LA DEPRESION y ANSIEDAD INFANTIL “</i>	59
3.1 Instrumentos de evaluación utilizados para depresión infantil	60
3.2 Instrumentos utilizados para medir ansiedad infantil	62
3.3 Instrumentos utilizados para medir ansiedad y depresión actualmente en Argentina.	68
SEGUNDA PARTE	71
MARCO METODOLOGICO	71
4ASPECTOS METODOLOGICOS	72
4.1 Objetivos de la investigación	72
2. Diseño de investigación	72
2.1 Tipo de estudio.	72
3. Tipo de Muestra y participantes	73
5. Instrumentos de evaluación. Descripción y propiedades psicométricas	73
6. PROCEDIMIENTO	74
7. Análisis de los datos	76
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS	79
Discusión de resultados.	82
Conclusiones	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91
ANEXOS	102

INTRODUCCION

El aumento de los trastornos psicológicos en la infancia, así como su incidencia creciente, ha llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud y a profundizar en el estudio de este grupo de población. Al ser un período en el que existe mayor plasticidad y se dan más cambios evolutivos, resulta relevante su detección precoz, diagnóstico y tratamiento, para mejorar el pronóstico (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002; Jiménez Pascual, 2002). Asimismo, Chávez-Hernández, et al. (2017) reconocen la importancia de poder detectar y estudiar dichos trastornos debido a que los mismos producen consecuencias negativas en las distintas esferas vitales de los niños/as que los padecen, como sociales, educativas, físicas y mentales.

En este estudio, se investigará específicamente acerca de la ansiedad y la depresión, patologías que afectan cada vez a más niños/as (Romero, 2012). Los trastornos depresivos han sido asociados con otros trastornos psicopatológicos, en especial con la ansiedad, explican Esparza y Rodríguez (2009) a partir de lo cual es que se tomarán ambas variables de estudio.

La depresión se caracteriza principalmente por largos periodos de tristeza que afectan el pensamiento y el comportamiento de las personas, provoca pérdida de interés en las actividades, afecta los hábitos alimenticios, de sueño, lleva a la incapacidad de experimentar placer o divertirse y deteriora las relaciones sociales de quienes se ven afectados por ella (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

La ansiedad, se ha definido como una reacción adaptativa ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo poniéndolo en un estado de alerta permanente (Esparza & Rodríguez, 2009). En el orden social los autores (Rodríguez & Martínez 2001, citado en Esparza & Rodríguez 2009) afirman que los niños pueden presentar dificultades en la relación con pares y que sus compañeros pueden percibirlos como tímidos y aislados. Existe evidencia

científica acerca de que aquellos niños con ansiedad (Jacques & Mash 2004 citado en Esparza & Rodríguez 2009), tienden a preocuparse más por el futuro, por su bienestar y por las reacciones de otras personas.

Tal como se especifica más adelante, en el marco teórico, existen diversos instrumentos que permiten evaluar la ansiedad y depresión. Sin embargo, en nuestro país, se cuenta con sólo un instrumento para la evaluar la depresión en niños/adolescentes, el cual se describe en apartado metodológico. Esto conlleva a la necesidad de nuevos instrumentos psicométricos adaptados en nuestro contexto sociocultural y a nuestra época actual, siendo los mismos válidos y confiables.

Por otro parte, considerando que la escuela es uno de los espacios donde los niños pasan gran parte del día y de su vida; se convierte la misma en un contexto fundamental para poder localizar los diferentes síntomas de manera temprana y poder prevenir (Bernaras et al. 2013). Es por ello que se trabajará con población escolar del gran Mendoza.

Esta tesina se desarrollará en el marco del proyecto de investigación titulado “Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17). En dicho proyecto se estudiará la relación entre los trastornos evaluados a través de RCADS, es decir ansiedad y depresión, y su correlación con los resultados aportados por el test de Kovacs, CDI (Children Depression Inventory), permitiendo estudiar, a su vez, la validez concurrente del RCADS.

PRIMER PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I:

“DEPRESION INFANTIL”

1.1 Definición de depresión.

Beck (1983, citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008) describe a la depresión, en su forma clínica, como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa, con una perdurabilidad superior a los dos meses. Esto puede producirse por diversas causas, como pueden ser acontecimientos de la vida diaria relacionados con la incapacidad para hacerle frente a la indefensión, cambios en el cerebro como efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos.

Según dicho autor, los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos; sin embargo, la mayoría de los sujetos presentan, por ejemplo, una disminución en el nivel de interés en las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo.

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales. Conductualmente, Beck (1983 citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008) considera que la depresión se caracteriza principalmente por la reducción generalizada de la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de los mismos. Desde el punto de vista cognitivo, la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren (Beck, 1983 citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008).

Es posible encontrar distintas formas de clasificación para esta patología, Ferrari et al. (2013) mencionan al trastorno depresivo mayor, conocido como depresión clínica resultante de un episodio de este carácter sintomático pero que como consecuencias a largo plazo termina siendo crónico. En tanto, la distimia

es una forma de depresión más leve pero que dura un periodo más largo intenso, y a menudo las personas que lo padecen son descritas como infelices constantemente.

La investigación actual revela además que hay dos formas básicas de expresión para esta patología: la exógena y la endógena y que las causas pueden incluir factores genéticos, químicos y psicosociales.

La depresión exógena responde a una causa externa definida a partir de un suceso que asoma, es decir es reactiva, como por ejemplo la muerte de un ser querido. Por su parte, la depresión endógena, no tiene causa externa manifiesta lo que se considera una alteración biológica (Guadarrama, Escobar & Zhang 2006). La respuesta empobrecida de afecto y recompensa está asociada con la disminución del núcleo accumbens y la actividad prefrontal (Beck, 2008).

Su forma de presentarse suele darse en un conjunto de desórdenes emocionales incluida la ansiedad, siendo que los síntomas depresivos en la infancia pueden ser similares a los observados en la adultez, pero algunas diferencias importantes en los niños incluyen dificultades en las relaciones con su grupo de pares y en su autoconcepto, además se ha encontrado que padecer depresión en la infancia es un predictor para su presencia en la vida adulta (McCabe, Ricciardelli & Banfield, 2011).

Esta patología se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia caracterizándose por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perdura durante semanas y que están presentes la mayor parte del día, en algunos casos (Bello, Roiser, Riedel & Blackwell, 2014).

Rock, Roiser, Riedel y Blackwell (2014) expusieron además que las personas deprimidas, por ejemplo, atienden selectivamente y tienen mucho más en cuenta la información negativa. Ignoran o ni siquiera registran la información positiva, los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se sobre generalizan (Serrano García, Rojas Barquín & Ruggero, 2013). Es decir, hay un sesgo atencional e interpretativo negativo.

Por otra parte, Kaplan (1996) manifiesta que en los trastornos del estado de ánimo se pierde la sensación de control y se experimenta un fuerte malestar

general. El autor plantea, al igual que Beck, que los pacientes con depresión presentan pérdida de energía, culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte y/o suicidio, y cambios en sus funciones vegetativas, como la actividad sexual y los ritmos biológicos. Además, aclara Kaplan (1996) que se origina un deterioro del funcionamiento a nivel interpersonal, social y laboral. Sin embargo, lo llamativo es que atribuyen la cualidad de inexplicable a su estado de ánimo patológico (Kaplan, 1996).

Tomando al autor Jesús Gómez, (2005) diremos en primer lugar, qué la depresión es un síntoma, esto es, una manifestación que se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, pero que a veces simplemente acompaña a otros síntomas sin relación directa con él. Por otra parte, la depresión es un síndrome, en el que lo nuclear, la base, es la tristeza, pero que se enlaza con otros síntomas habitualmente. Y, en tercer lugar, depresión es una enfermedad cuya manifestación habitual, no única, es el síndrome depresivo (y dentro de él, su síntoma habitual: la tristeza) sobre el cual puede indagarse con referencia a aspectos concretos: esto es, su etiología, patogenia, curso, evolución, resolución y tratamiento.

Según Vallejo el término depresión se utiliza en tres sentidos como síntoma, síndrome y enfermedad: “Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios como la neurosis de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía, y pérdida del impulso vital; y como enfermedad desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico. Vallejo (1994)

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como

resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones. En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

1-2 Recorrido histórico.

En la historia del concepto de depresión, como en el de otros conceptos en psiquiatría, nos encontramos con una larga evolución, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural. A este respecto y centrándonos en este ámbito de las depresiones, los cambios culturales contemporáneos relacionados con este afecto o humor son muchos más rápidos y profundos que en los descritos en todos los siglos pasados desde la formulación del concepto de melancolía por los antiguos griegos. (Gómez, 2005). A pesar de que el tema de la depresión infantil no fue tratado hasta nuestro siglo, se dispone de varias referencias históricas que hacen alusión al mismo como el libro de Robert Burton sobre la melancolía (1621); o el de George Baker (1755) "De affectibus animi et morbis inde oriundis", tratando más específicamente las causas de la melancolía infantil. Más tarde James Parkinson (1755-1824), que habla de factores educativos inadecuados como elementos causantes de la melancolía en la infancia; y Wilhelm Griesinger (1817-1868) que justifica la existencia de la melancolía y la manía en los niños (Gomez, 2005).

Hacia la mitad del S.XIX aparecen dos importantes textos monográficos sobre psiquiatría infantil, el de Delasiauve (1852) "Lecons sur la manie infantile", y el de Charles West (1854) "Lectures on the diseases of infancy and childhood", que, aunque no hacen una alusión explícita al término de depresión, muchos aspectos evocan las características del cuadro depresivo (Gomez, 2005)

Sin embargo, las primeras referencias sobre la realidad clínica de la depresión infantil han surgido a partir del primer tercio del S.XX con obras como las de Augusto Vidal Perera (1907), "Compendio de Psiquiatría Infantil"; Isidro Martínez Roig (1911), que describe un caso de depresión melancólica delirante en un niño de diez años; Lafora (1913), describe un caso de locura maniacodepresiva e hipertiroidismo; etc. A partir de los años 30 se intensifican los trabajos al respecto entre los que se pueden citar a Robert Gaupp (1932) "Psicología del niño";

Como se puede observar a partir de lo planteado anteriormente, durante un largo período la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la depresión infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños) Nissen, (1997). Sin embargo, en el mundo real existían niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra las teorías que negaban su existencia.

Esto empezó a ocurrir hacia los años 40 en los distintos campos de la Psicología aplicada. Sin embargo, la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permite el estudio de los procesos interiorizados. Ya en 1975 la Depresión Infantil (DI) fue aceptada por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica. Del Barrio (2001) realizó una revisión sobre los logros obtenidos en la investigación sobre la depresión infantil y juvenil en los últimos cinco años, y menciona algunos de los fenómenos más importantes en el cauce de las investigaciones: el primero sobre el gran auge del tratamiento psicológico en la depresión infantil que evidencia resultados superiores con respecto al tratamiento farmacológico. El segundo, los numerosos estudios sobre comorbilidad. Se estima que entre un 60% y un 80% de las alteraciones infantiles tienen sintomatologías compartidas. En el caso de la depresión, se estima una comorbilidad entre el 15 y el 61% (Kendel,

Kortlander, Ellsas, & Brady. 1992). El tercero, la aparición de trabajos sobre la felicidad (una nueva forma de prevenir la aparición de la depresión infantil. El cuarto, la creciente producción sobre la concordancia entre fuentes.

El conocimiento de la incidencia de depresión infantil es ahora más confiable que en otros tiempos debido a la sistematización en la metodología de recopilación y análisis de datos. Afortunadamente, hoy la depresión infantil goza de gran autonomía, a pesar de que hemos de destacar la escasez de trabajos que se encuentran dedicados al estudio específico de ésta. Varios autores consideran que la depresión infantil puede existir incluso por debajo de los seis años de edad (Zare, et al 2018) En pocos años, ha pasado de ser un concepto ignorado, a constituir una entidad nosológica y clínicamente diferencial respecto a la depresión adulta (Rutter, 1995), situándose en la cresta de la psicopatología infantil.

1-3 Depresión infantil.

La depresión en la infancia, como se describió, se ha visto sujeta a grandes controversias en la historia de la investigación. Afortunadamente, hoy goza de total autonomía, y aunque todavía se trata de diagnosticar y tratar de forma similar a la depresión en la edad adulta, es más por una limitación de recursos adaptados a la infancia, como instrumentos de diagnóstico y sistemas clasificatorios, que porque no se acepte una depresión diferencial específica para esta edad.

Definir y diagnosticar los estados depresivos en los niños y adolescentes no presenta mayor dificultad que en los adultos, si se trabaja con base en los síntomas o síndromes identificados como característicos para la edad cronológica y de desarrollo del paciente (Nisse, 1997). Los síntomas importantes de la depresión han sido identificados por Pineda, (2017), tales como la tendencia al suicidio o el temor a la muerte, trastornos que afectan el sueño y el apetito, fobias y obsesiones, irritabilidad e hipocondriasis, así como síntomas accesorios tales como el negarse a ir a la escuela, sentimientos de culpa y mutismo.

En la clasificación usada en el DSMIII-R, además de trastornos de ánimo disfóricos o la pérdida de la capacidad para obtener placer e

interés en la vida, estos criterios incluyen al menos cuatro de los ocho síntomas siguientes: 1) trastorno de apetito; 2) trastorno del sueño; 3) agitación motora o pulsión disminuida; 4) pérdida o deficiencia de la actividad; 5) falta de energía; 6) sentimientos de culpa; 7) concentración escasa, e 8) ideas de suicidio o pensamientos sobre la muerte. Por lo tanto, la depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas se presentan por más de dos semanas, y de trastorno distímico cuando estos síntomas pasan de un mes. Del Barrio (1996) ofrece una definición operacional que incluye una serie de síntomas que describen a la depresión infantil, y que tienen la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica: tristeza irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, cambios del sentido de humor, sentimientos de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios en el apetito y peso, hiperactividad, distrofia e ideación suicida.

1-4 Síntomas.

Las manifestaciones clínicas de la depresión en niños y adolescente se pueden englobar en tres tipos de síntomas: afectivos, físicos y cognitivos

Síntomas afectivos. Los síntomas más característicos del TD en niños y adolescentes son: el humor triste o irritable, la pérdida de interés (apatía), la pérdida o disminución de la capacidad para experimentar placer en actividades con las que previamente se disfrutaba (anhedonia) y la astenia. Aparecen con frecuencia aislamiento social y síntomas de angustia y ansiedad.

El DSM-V incluye el “ánimo irritable” entre los criterios diagnósticos de los TD solo en niños y adolescentes, debido a que muchos niños carecen de la madurez emocional y cognitiva suficiente para identificar y organizar correctamente sus experiencias emocionales. Más que expresar tristeza, los niños deprimidos verbalizan “aburrimiento o enfado”, se muestran desafiantes y retadores, utilizando discusiones y peleas como vía para expresar su malestar emocional. A diferencia del adulto, la reactividad del humor está con frecuencia preservada, lo que puede llevar a confusiones en el diagnóstico. Tanto el sueño

como el apetito suelen alterarse menos que en los episodios depresivos de los adultos.

La apatía y anhedonia en adolescentes, puede llevar a una búsqueda de experiencias placenteras, con riesgo de iniciarse el consumo de tóxicos o conductas sexuales de riesgo.

Síntomas físicos. Los más característicos son: la inquietud psicomotriz o inhibición (enlentecimiento, letargia, mutismo), fatigabilidad y astenia, alteración del apetito (disminuido o aumentado), alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz, sueño no reparador), activación autonómica y molestias físicas inespecíficas.

Síntomas cognitivos. Disminución de la capacidad de atención y concentración, fallos de memoria (olvidos, despistes), indecisión, distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incompreensión, culpa), baja autoestima, ideas de inutilidad e ideas de muerte o suicidio. Los niños y adolescentes con un TDM presentan, con mayor frecuencia que los adultos, sintomatología psicótica, tanto ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo como fenómenos alucinatorios, principalmente alucinaciones visuales. La presentación clínica varía según el nivel de desarrollo del niño. En pre-púberes es más frecuente: la irritabilidad, la anhedonia (quejas de aburrimiento), agitación psicomotriz, quejas somáticas (como cefaleas o abdominalgias), síntomas de ansiedad (ansiedad de separación, miedos y fobias) y trastornos de conducta. En los adolescentes es más probable encontrar: ánimo triste e ideas de suicidio, irritabilidad, trastornos de la conducta y conductas de riesgo. Con frecuencia, los adolescentes deprimidos presentan síntomas depresivos atípicos, como: hipersomnia, aumento de apetito, indiferencia y aplanamiento emocional y letargia.

1.5 Criterios diagnósticos

Como se describió anteriormente al nombrar los síntomas, los trastornos depresivos, se caracterizan por una desregulación disruptiva del estado del ánimo (DSM-V,2014) es decir, manifestaciones de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 13 años de edad.

Algunas de las manifestaciones son las ya nombradas anteriormente: ánimo triste, irritabilidad, disfunciones somáticas y cognitivas que culmina en un mal estar general por parte de quién lo padece.

Por lo cual, se pone en evidencia que los niños con esta sintomatología desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo(unipolar). Se caracteriza por episodios explícitos de al menos dos semanas de duración, que implican cambios evidentes en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, con remisiones interepisódicas.

Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Es importante a la hora de hacer un diagnóstico tener clara la diferencia entre tristeza normal y la tristeza que se considera en el episodio depresivo mayor.

Para las formas más crónicas de depresión se ha hecho mención de lo que se conoce como distimia, en este caso las alteraciones del estado del ánimo duran al menos dos años en los adultos y en los niños un año.

La clasificación (DSM-V, 2014) correspondiente a los trastornos depresivos es la siguiente:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia) Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado Otro trastorno depresivo no especificado.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) incluyó el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) que describe a los niños con problemas conductuales

y emocionales graves, cuya característica prominente es la irritabilidad no episódica o crónica; este fenotipo se conceptualizó como trastorno bipolar pediátrico. Sin embargo, las pruebas provenientes de estudios longitudinales clínicos y realizados en la comunidad indicaron que la irritabilidad se asoció posteriormente con los trastornos del estado de ánimo unipolares, pero no bipolares.

Los criterios para el TDDEA propuestos comprenden arrebatos emocionales graves frecuentes (más de 3 veces por semana), combinados con un estado de ánimo persistentemente negativo entre los estallidos, presentes por lo menos durante un año. Se inician antes de los 10 años de edad y el niño debe tener por lo menos 6 años. Este trastorno se considera una de las propuestas más controvertidas del DSM-5, principalmente por las consecuencias potencialmente negativas de agregar una nueva categoría diagnóstica en la edad pediátrica, con el posible incremento del uso de medicación en este grupo etario y la falta de una base empírica para esa definición.

Trastorno depresivo mayor.

Para el trastorno depresivo mayor en niños (trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo) se indicaron los siguientes criterios de diagnóstico (DSM-V,2014). El rasgo fundamental que presenta esta patología tiene que ver con, una irritabilidad la cual es crónica, grave y persistente identificándose los accesos de cólera frecuentes. Esto suele ocurrir en respuesta a posibles frustraciones y se manifiestan de forma verbal o conductual, es decir contra objetos, contra uno mismo o bien hacia otra persona.

Es de carácter recurrente, ocurre de dos a tres veces por semana, en al menos un año y por lo menos en dos de los sitios en los cuales se desenvuelva el individuo, ya sea la casa, escuela, trabajo, y además deben ser inapropiados para el grado de desarrollo.

Este estado de ánimo irritable o enfadado deber ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño.

El comienzo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe producirse antes de los 10 años de edad y el diagnóstico no debería aplicarse a niños menores de 6 años.

Como consecuencia de su baja tolerancia a la frustración, estos niños muestran por lo general dificultades en el colegio, generalmente son incapaces de participar en las actividades que normalmente disfrutaban sus compañeros, su vida familiar se altera gravemente a causa de sus crisis y su irritabilidad, y tienen problemas para hacer o conservar amigos.

Por lo que sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional, no significa estar deprimido. Pero cuando el estado depresivo se despliega durante un lapso superior a semanas o meses limitando la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas incuestionables de un episodio depresivo (Acosta-Hernández et al., 2011).

En los niños y los adolescentes suele darse una repentina caída de los resultados en las notas, pudiendo ser un reflejo de la falta de concentración generalmente debido a recurrentes pensamientos. La pérdida de interés por aquellas cosas que antes solían hacer suele ser característico en aquellos sujetos que se muestran con este padecimiento el caso de adolescentes. En niños puede observarse en el juego entre compañeros o en actividades escolares mostrando también una negativa en lo referido a la escuela, cambios de humor o bien en ocasiones hiperactividad. Las ausencias escolares pueden ser síntomas de fatiga, el niño presentando una autodespreciación (por ejemplo, “no sirvo para nada”), problemas en torno a la atención y la concentración pueden ser evidentes como dificultades de comportamiento o bajo rendimiento en la escuela. Puede haber señales no verbales agregadas para el comportamiento potencialmente suicida, como regalar una colección favorita de música o sellos (Gómez, 2005)

Trastorno depresivo persistente

Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, es una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que aparezca la pérdida de interés en las actividades normales de la vida cotidiana, la desesperanza, improductividad, baja autoestima y una sensación general de

ineptitud. Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida las relaciones interpersonales, el desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias.

El niño o adolescente que padece trastorno depresivo persistente es posible que tenga grandes inconvenientes para sentirse optimista incluso en ocasiones felices. Puede que incluso los demás describan como pesimista o negativo. Aunque el trastorno depresivo persistente no es tan grave como la depresión mayor, poseen un estado de ánimo deprimido actual que puede ser leve, moderado o grave.

1-6 Depresión infantil y otras variables psicológicas

La depresión en relación a la disfuncionalidad familiar en la infancia:

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. En el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional.

Diversas investigaciones han estudiado a la depresión infanto juvenil y su relación con el sistema familiar. Estos estudios arrojan correlaciones significativas positivas entre depresión infanto juvenil con hostilidad parental (Lewis et al., 2013), psicopatología parental (Klasen et al., 2015) y disfuncionalidad familiar (Garibay Ramirez et al., 2014) y correlaciones significativas negativas con alianza familiar (Breton, 2015). Desde esta línea de investigación, se ha estudiado al maltrato familiar como otro factor también de riesgo para la depresión y/o ansiedad infanto juvenil. En un estudio con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de maltrato familiar se concluye como las experiencias de maltrato influyen en cambios epigenéticos, lo cual se relaciona, a su vez, con aumento significativo de sintomatología depresiva (Wender et al., 2014).

Así mismo se encontraron también variables influyentes en la depresión infantil como el maltrato emocional por parte de progenitores (Calvete, 2014; Tonmyr et al., 2010), violencia familiar (Panter Brick et al., 2011), abuso sexual (Tonmyr et al., 2010), bullying por parte de los hermanos (Bowes et al., 2014), pobre supervisión parental y prácticas disciplinarias (Pineda et al., 2017) y cantidad de horas por día que pasan utilizando pantallas tecnológicas (Maras et al., 2015), en lugar de interactuar con otros miembros.

La depresión y autoestima

La autoestima según Branden (1995) es “la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad”. Por lo cual, el tener una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual pueden llegar a presentar un factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivo llegando a la ideación o a conductas suicidas.

Partiendo de las investigaciones de los autores podemos arribar a la conclusión de que la autoestima, se relaciona negativamente con la depresión e ideación suicida, es decir, que cuanto más alta sea la autoestima menor será la posibilidad de que síntomas depresivos afloren en niños y adolescentes. Se considera, por tanto, que el nivel de autoestima puede ser un factor protector ante la depresión y de esta manera en las personas con altos niveles de autoestima es poco factible que aparezcan síntomas depresivos y mucho menor la posibilidad de aparición de ideas suicidas. (Siemen J R, Warrington C A. & Mangano ,1994.)

La depresión y los trastornos alimentarios en la infancia:

Son muchas las investigaciones que han estudiado la implicancia de la depresión en los trastornos alimentarios durante la infancia y la adolescencia.

Con respecto a la obesidad podemos tomar la investigación realizada por Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010) en donde se plantea en primera medida como la prevalencia de la obesidad está aumentando en todas las edades, y lo preocupante que es que los niños representen el grupo con la mayor

tasa de incremento. Esto hace pensar que puede haber factores psicosociales durante la infancia que predispongan a la obesidad en la edad adulta.

En el tratamiento multidisciplinar de la obesidad infanto-juvenil, la intervención psicológica busca minimizar las conductas que interfieren en la pérdida de peso. En muchas ocasiones encontramos que, las dificultades para bajar de peso o mantenerlo, no se deben únicamente a unos inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, sino que están muy relacionados con los índices de ansiedad y de depresión. Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010).

Numerosas investigaciones indican que la obesidad frecuentemente coexiste con otras patologías como depresión, problemas de conducta, trastornos de ansiedad y, en general, con la presencia de mayor psicopatología.

Por otro lado, se sabe que la ansiedad y la depresión tienen una amplia gama de consecuencias para el niño como así también para el adolescente y pueden servir como precursores para el desarrollo de trastornos de la alimentación. Un tercio de la población infanto juvenil con obesidad que busca tratamiento presenta ya trastornos de alimentación y se calcula que el 75% de estos jóvenes presentarán a lo largo de su vida algunos síntomas de depresión. La comorbilidad entre depresión y trastornos de alimentación está, por lo tanto, bien establecida. Además, se ha demostrado que la presencia de elevados síntomas de depresión en la obesidad predice la aparición de otros trastornos de alimentación, entre ellos el trastorno de bulimia o el síntoma de sobreingesta. Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010).

La presencia de estos factores interfiere en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil y su identificación puede ayudar a mejorar la adhesión a unos hábitos de vida saludables y, con ello, a la prevención de las complicaciones asociadas a la obesidad.

Dejando de lado la obesidad, Tanto la bulimia como la anorexia nerviosa han sido concebidas como dos patologías que se relacionan con la depresión. Se puede afirmar que los jóvenes que las padecen pueden presentar cierto grado de ésta (Behar, Arraigada y Casanova, 2005;). Así, la depresión ha sido vista

como uno de los padecimientos que más se relacionan con los trastornos alimentarios, sobre todo con la bulimia (García-Camba, 2001)

La bulimia se relaciona con la depresión más que la anorexia; como ha señalado García-Camba (2001), en la anorexia la depresión no es una patología nuclear, aunque la bulimia obtiene cocientes de correlación más altos, lo que puede deberse precisamente al ciclo bulímico, en el que el sujeto experimenta la poca capacidad de control sobre lo que come, lo que lo lleva a desarrollar estados ansiosos y síntomas depresivos por lo cual después de un gran atracón las personas solo logran sentirse peor que antes y menos conformes lo que aumenta los síntomas depresivos .

Depresión y apego

Hace ya varios años, Cooper, Shaver & Collins (1998) encontraban mayor cantidad de conductas y síntomas depresivos en niños con apego inseguro .Se ha comprobado que el déficit en el apoyo emocional por parte de la madre hacia el niño, es predictor de síntomas depresivos en los niños; a pesar de que los antecedentes de depresión en la madre podrían jugar un rol importante , es el apego inseguro el que significativamente predice sintomatología depresiva en los niños y adolescentes los autores Cooper, Shaver & Collins (1998) encontraron que niños y adolescentes con apego evitativo generalmente reportaban niveles altos de sintomatología depresiva y baja autoestima, sin embargo encontraron niveles similares a los niños y adolescentes de apego seguro en conductas de alto riesgo. Los autores sugieren que esta diferencia se puede explicar en parte debido a las diferencias en la experiencia de síntomas perturbadores (depresión y hostilidad) y por la competencia social.

Otros resultados han arrojado que, al investigar sintomatología depresiva en niños, el temor a la pérdida de la figura de apego, la búsqueda intensa de cercanía, la falta de acercamiento a la figura de apego, un bajo nivel de autoestima y un alto nivel de estrés son predictores de sintomatología depresiva Cantón, J. & Cortés, M. (2003)

Dos estrategias de apego inseguro, las inseguras e indiferentes, han estado implicadas en problemas de funcionamiento psicosocial y han aportado de alguna manera síntomas que refieren a la depresión. Los adolescentes que

usan estrategias provenientes de un apego inseguro han estado más claramente asociados con problemas de adaptación y autorreportes acerca de depresión Cantón, J. & Cortés, M. (2003)

Por otra parte, la depresión adolescente ha sido relacionada con la inseguridad en el apego con la madre. En esta misma línea, las tendencias suicidas en la adolescencia estarían relacionadas a una combinación de status de apego preocupado y no resuelto

Cova, F. (2003). encuentra que, junto con el género y los eventos de vida estresantes, el apego a los padres es predictor de síntomas depresivos, confirmando así lo señalado anteriormente; los autores muestran que la depresión, es predicha por el tipo de apego preocupado, con los factores que median socialmente dicha relación.

Es necesario señalar que se ha confirmado que los patrones de relación y apego en niños maltratados se asocian a sintomatología depresiva. En general, los niños secuestrados de abuso, presentan dificultad para verbalizar las emociones. Y, a su vez, esta dificultad para reconocer y verbalizar los propios estados emocionales, sumado a dificultades de relación muchas veces acompañadas de evitación del contacto ocular, puede constituirse en un factor de riesgo para depresión y suicidio en la adolescencia Moneta, M. (2003).

Depresión y rendimiento académico

En esta investigación se puntualizará en el estudio de las variables emocionales o factores psicológicos referentes a la depresión y la autoestima con el fin de contribuir a una mejor descripción y explicación del bajo rendimiento escolar.

Las escuelas se convierten en contextos indicados para llevar a cabo iniciativas de identificación y de prevención de la depresión infantil. El estudio de las características y prevalencia de los desórdenes emocionales y del comportamiento en infancia y adolescencia es un campo de investigación necesario tanto para establecer tratamientos eficaces como para desarrollar programas de prevención (López Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López Pina 2010).

El entorno escolar es uno de los espacios donde los niños pasan la mayor parte del día (Bernaras et al., 2013) donde el repertorio de conductas, emociones y respuestas suele manifestarse con mayor facilidad. Es importante subrayar que los síntomas pueden ser experimentados en diferentes contextos y se relacionan con expresiones como retraimiento social, irritabilidad, agitación y retraso psicomotor, pérdida de interés y problemas relacionados con el sueño (Borges, dos Santos & Aparecida, 2016).

Desde este punto de vista se puede pensar que son síntomas que afectan e interfieren de forma global en el desarrollo del niño los cuales se expresan en el ámbito más inmediato donde se desenvuelven, la escuela.

La combinación de estos síntomas y en consecuencia existiendo altas probabilidades de comorbilidad con trastornos de ansiedad, algunas de las habilidades cognitivas se verán afectadas y en consecuencia esto tendrá un impacto en el rendimiento escolar, considerando habilidades como la memoria, la concentración, la atención, entre otras, son esenciales para el aprendizaje (Borges et al., 2016).

Los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener buenas calificaciones aumentando este hecho su sentido de incapacidad tanto social como académico. Aunque el estado anímico de los niños puede interferir en su rendimiento académico (Roeser, Wolf & Strobel, 2001), también es cierto que el déficit escolar constituye un factor de riesgo para sufrir depresión,

En otras palabras, el fracaso y la insatisfacción escolar, que conducen a síntomas depresivos en los niños más pequeños, también pueden contribuir al desarrollo de creencias estables sobre su eficacia percibida para influir en los resultados relacionados con la escuela (Herman, Lambert, Ialongo & Ostrander, 2007),

El bajo rendimiento académico hace referencia a un indicador del nivel alcanzado por el alumno, en tal sentido, el rendimiento escolar se convierte en una tabla imaginaria de medida para el aprendizaje logrado en el aula, el cual constituye el objetivo central de la educación; sin embargo, es pertinente dejar establecido que el aprovechamiento escolar no es sinónimo de rendimiento

académico. El rendimiento escolar está más bien referido a los logros alcanzados por el alumno respecto a los otros y de acuerdo a una norma institucional, por lo que es el mismo estudiante el responsable de su rendimiento, en tanto que el aprovechamiento escolar está referido, más bien, al resultado del proceso enseñanza –aprendizaje, de cuyos niveles de eficiencia son responsables tanto el que enseña como el que aprende (Reyes, Y., 2003).

El fracaso académico, es por tanto un problema que afrontan los estudiantes que presentan un rendimiento académico deficiente, generando su deserción o expulsión del sistema educativo, el cual como todo fenómeno complejo ,se considera de carácter multicausal, entre los cuales los factores psicológicos son importantes .Cabe precisar, que el rendimiento académico se refiere al nivel de logro que puede alcanzar un estudiante en una o varias asignaturas; cuando el estudiante no alcanza este nivel o no muestra a través de sus resultados el dominio en ciertas tareas, se puede decir entonces que presenta bajo rendimiento académico (Barceló, E.; Lewis, E.; y, Moreno, S., 2006).

Una característica del bajo rendimiento académico está dada en función del momento de aparición del mismo. Así, cuando se da un rendimiento escolar insuficiente desde los inicios de la escolaridad, y éste tiende a persistir si no se emplean las estrategias correctivas, se habla de fracaso escolar primario. Por el contrario, existe también el fracaso escolar secundario, que es el que afecta al niño que tiene normalmente un rendimiento suficiente, pero en cualquier fase de la escolaridad empieza a fracasar en sus estudios. El fracaso escolar primario, suele corresponder a dificultades madurativas del sistema nervioso, mientras que el secundario por lo general se encuentra asociado a dificultades emocionales y suele aparecer en los últimos grados de la educación primaria o durante la educación secundaria Pardo, G.; Sandoval, A.; y, Umbarita, D. (2004).

El rendimiento académico es también la resultante del complejo mundo que envuelve al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos como el esfuerzo, la capacidad de trabajo, la intensidad de estudio, sus competencias, aptitudes, personalidad, atención, motivación, memoria, medio relacional, recursos tecnológicos, entre otros, que afectan directamente el desempeño académico de los individuos. Otros factores adicionales que influyen

pueden ser psicológicos o emocionales como la ansiedad, depresión o autoestima, manifestados como nerviosismo, falta o exceso de sueño, incapacidad para concentrarse, apatía y, en casos extremos, depresión profunda y la afectación de otros factores no cognitivos. Pardo, G.; Sandoval, A.; y, Umbarita, D. (2004).

Los problemas académicos en general, como el bajo rendimiento, se originan por diferentes causas, dificultando el desarrollo de los estudiantes al no permitir que obtengan el promedio requerido para continuar su desarrollo académico normal. El problema se hace más evidente cuando el estudiante ha repetido más de una vez una asignatura o si lleva asignaturas atrasadas. En tales casos, el fracaso académico está acompañado de insatisfacción personal, desmotivación e incluso baja autoestima y niveles de depresión, ante la imposibilidad de concluir con éxito sus estudios, de tal forma que el bajo rendimiento académico (BRA) constituye una preocupación de primer orden para los profesionales de la salud y se impone abordarlo a partir de un marco conceptual actualizado, sobre el desarrollo humano integral y la promoción de salud en el ámbito educativo. Pardo, G.; Sandoval, A.; y, Umbarita, D. (2004).

En conclusión, Los estudios muestran que los niños deprimidos presentan dificultades para atender en clase, para ejecutar tareas y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros limitando al niño en sus capacidades de adaptación y en su proceso de aprendizaje, como así también aumentando su insatisfacción y frustración y contribuyendo las mismas a la aparición o incrementación de síntomas depresivos. (Vinaccia et al., 2006).

Depresión y emociones positivas.

Si bien, a lo largo de este trabajo se han nombrado las numerosas investigaciones referidas a la depresión y a otros trastornos mentales de la infancia, en los últimos años, se ha señalado también la necesidad de indagar factores positivos que funcionan como protectores para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Labiano, 2007; OMS, 2004; Vázquez & Hervás, 2008 citado en Robles Ojeda, Sánchez Velasco y Galicia Moyeda, 2011).

Los estudios realizados sobre lo que pone en riesgo el bienestar de las personas lleva a los investigadores a darle lugar prioritario a las emociones negativas, dejando de lado en algún modo al análisis y la valoración de las emociones positivas. No obstante, este último tiempo este desbalance ha empezado a equilibrarse (De la Vega y Oros, 2013).

La Psicología Positiva ha desarrollado varias intervenciones con el objetivo de aumentar diversas áreas positivas del ser humano, emociones positivas, sensación de esperanza y autoeficacia, relaciones positivas, etcétera, las cuales han reportado niveles importantes de eficacia y eficiencia, ya sea de manera aislada o en combinación con otras intervenciones para el tratamiento de síntomas depresivos (Peterson & Park, 2004; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009 citado en Robles Ojeda et al. 2011).

Las emociones positivas logran el efecto de ampliar el repertorio cognitivo y de acción, construyendo recursos personales que promueven la sobrevivencia del organismo y anulan la influencia de las emociones negativas (Fredrickson, 2004).

La función de EP es completamente diferente a la de las emociones negativas. Mientras que éstas se centran en el afrontamiento de situaciones particularmente negativas dirigiendo la acción de una forma muy específica, las emociones positivas promueven y benefician la flexibilidad, la ampliación de pensamientos y acciones y la construcción de nuevos recursos para el futuro.

En diferentes investigaciones se ha demostrado que niveles altos de felicidad, disminuyen los estados emocionales negativos como la depresión, el estrés y el pesimismo. Por esto mismo es que los trastornos emocionales son poco frecuentes en personas que poseen altos niveles de felicidad (Gutiérrez & Gonçalves, 2013 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018). Del mismo modo, aquellas que cuenten con niveles inferiores de este estado emocional pueden tener dificultades para la integración social, bajo autoconcepto y niveles de autoeficacia deficitarios debido a que se ven más vulnerables a padecer trastornos en su salud mental. Estos estados son importantes predictores de la ansiedad o la depresión (Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado, & Ramírez-Uclés, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

En el estudio “Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión” (2010) se hace mención acerca de cómo las emociones tales como el optimismo y la esperanza, aumentan la resistencia de las personas a sufrir depresión, mejoran el rendimiento en el trabajo y los niveles de satisfacción vital (Shogren, López, Wehmeyer, Little y Pressgrove, 2006 citado en Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Ibergaray y Rocha, 2010). Seligman (2005), plantea que se explica lo anteriormente mencionado por las dimensiones atribucionales de permanencia y ubicuidad (estabilidad y globalidad). La permanencia consiste en que las personas pesimistas tienden a considerar las causas de hechos adversos o de sus fracasos como permanentes y que así será para toda su vida, en cambio, en las personas optimistas las causas de esos sucesos negativos las consideran transitorias. En los sucesos favorables, las personas optimistas tienden a considerar las causas a características propias, al igual que las capacidades y rasgos, creyendo que son permanentes. Los pesimistas en cambio consideran los sucesos positivos que les ocurren a aspectos temporales y circunstanciales. Con respecto a la ubicuidad, consiste en que los pesimistas dan explicaciones universales a sus fracasos generalizándolos a varios aspectos de sus vidas, en cambio los optimistas dan explicaciones específicas sin provocar cambios en otras áreas, siendo fácil para éstos superar situaciones desfavorables. En los pesimistas, cuando les ocurre un hecho positivo tienen la particularidad de explicarlo de una forma específica. Los optimistas, por el contrario, tienden a explicarlo de una manera universal. La esperanza consiste en encontrar causas permanentes y universales a los acontecimientos positivos, además de causas transitorias y específicas a los sucesos adversos (Seligman, 2005).

Depresion y diferencia de sexo

Un número considerable de investigaciones, coinciden en que la depresión es más frecuente en las mujeres. La proporción varía de 2:1 a 1,5:1. 6-12 Algunos consideran que estas diferencias varían con la edad; que antes de la pubertad la presentación es 1:1 entre niños y niñas; sin embargo, a partir de esta, la relación se modifica a un patrón similar al adulto. 2, 6,13-16 (Gómez, 2005)

Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión. (Kaplan G, et al, 2010)

Al medir sintomatología depresiva en las diferentes investigaciones (Kaplan G, et al, 2010) no se encontraron diferencias significativas en términos de género y edad. ya que tanto para las niñas. niños y adolescentes los promedios se mantuvieron prácticamente iguales. En términos de la variable de género. este hallazgo es corroborado por el estudio de Nieves. et al. (1993). el cual fue realizado con una muestra similar y en el cual no se encontraron diferencias significativas.

Algunos estudios demuestran que se deprimen más los niños que las niñas (Blehar & Oren, 1995), aunque esta tendencia se invierte durante la adultez. No se sabe si el fracaso escolar es una causa de la depresión, una consecuencia de la misma o ambas cosas a la vez. También se señalan factores precipitantes de la depresión infantil, como una excesiva exigencia, la competitividad, el entorno hostil, la presión psicológica y cualquier suceso vital que tenga una repercusión negativa sobre el niño.

De los desórdenes afectivos existentes, afecta al 20% a mujeres y 12 % a hombres en algún período de su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión; en discrepancia mueren más hombres por suicidio que mujeres (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006). El grupo etario femenino mostró riesgo doble de depresión mayor en comparación con los hombres (Kessler & Bromet, 2013). La investigación realizada por Bhat, Wani, Ara y Saidulla (2015) indicaron que en el año 2010 los trastornos depresivos fueron la segunda causa de enfermedades mentales. El desorden depresivo

mayor constituyó el 8.2% (5.9% –10.8%) de enfermedades mentales globales y la distimia en 1.4% (0.9% –2.0%). Con valores

34 más altos en mujeres y adultos en edad de trabajar. Si bien la estadística aumentó en un 37,5% entre 1990 y 2010, se debió al crecimiento de la población y al envejecimiento (Ferrari et al., 2013).

La incidencia de trastornos depresivos aumenta notablemente después de la pubertad. A los 16 años, los trastornos depresivos son más del doble de comunes en las niñas que en los niños, posiblemente debido a las diferencias en los estilos de afrontamiento o los cambios hormonales durante la pubertad (Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. 2007). Los análisis para reconocer la edad de inicio de este trastorno revelaron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un episodio depresivo mayor durante la infancia o bien durante la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente), (Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. 2007).

En un estudio llevado a cabo por McCabe, Ricciardelli y Banfield, (2011) cuyo objetivo fue determinar el porcentaje de niños con probabilidad de ser diagnosticados con depresión o bien, muestran características clínicas que permiten hacer un diagnóstico clínico de depresión, se extrajeron datos donde en total, el 23% de los niños informaron síntomas depresivos en el rango "de riesgo" clínico, y estos niveles no difirieron en el sexo o el grado. Los encuestados fueron 510 niños (270 niños, 240 niñas) que tenían entre 7 y 13 años de edad (media = 9,39).

Siendo un problema de salud mental común en adolescentes de todo el mundo, con una prevalencia estimada de 1% a 5% en la adolescencia media a la tardía, por el contrario, la prevalencia de depresión en los niños es baja (menos del 1% en la mayoría de los estudios). Sin embargo, más del 70 % de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no reciben un diagnóstico y tratamiento adecuado, (Thapar, Collishaw, Pine & K. Thapar, 2012).

En Argentina, en la provincia de Buenos Aires, con una muestra total de 270 niños de 6 a 12 años se registró que un 9.4% de varones y un 8.5% de mujeres se encuentran en un rango que puede ser considerado de patología depresiva. Se arribó además como conclusión, que los valores totales encontrados son superiores a los de la población normativa de EE. UU (Cervone, et al.2005).

En conclusión, los estudios no han observado diferencias importantes en la prevalencia de trastornos depresivos en hombres y mujeres previas a la pubertad (Harrington, 2002). Algunos de ellos han encontrado leves diferencias a favor de los hombres -más depresión en niños- (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1991; Anderson, Williams & McGee & Silva, 1987). Ello pese a que, considerando el conjunto de manifestaciones de problemas emocionales en la niñez, éstos aparecen ligeramente superiores en niños tanto a nivel de síntomas (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997) como de algunos trastornos, en particular, ansiosos (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998). A partir de la pubertad, las diferencias en sintomatología emocional entre hombres y mujeres se hacen particularmente notorias, y en ello tiene un rol particularmente significativo el incremento de la tasa de trastornos depresivos en las adolescentes (Hankin & Abramson, 2001). Entre los 13 y 14 años la existencia de mayores tasas de depresión en niñas es ya claramente observable (Wade, Cairney & Pevalin, 2000). Un estudio particularmente relevante al respecto es el de Dunedin, que, confirmando que las diferencias ya son visibles a la edad indicada, muestra que éstas se acentúan notoriamente entre los 15 y 18 años, para luego estabilizarse (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee & Angell, 1998). No se ha podido determinar consistentemente si este patrón de diferencias presenta cambios entre la juventud y adultez joven respecto a la adultez mediana. Bebbington et al. (2003) encuentra que los hombres presentan las tasas más altas de depresión entre los 45 y 55 años, no observando diferencias en las mujeres. En su conjunto, las tasas globales de trastornos depresivos son bastante similares entre los 18 y 65 años (Vicente et al., 2004).

Depresión y la diferencia en escuelas de ámbito público y privado

Se realizó un estudio comparativo entre una secundaria pública y una privada buscando diferencias significativas y correlaciones entre el grado de depresión e ideación suicida de los adolescentes que asisten a éstas. Se aplicó TEDRISA a 34 alumnos de ambos sexos, 15 de una secundaria privada y 19 de una pública. A través del análisis estadístico se encontraron diferencias significativas y una correlación moderada entre ambas variables.

La investigación mostró que existen diferencias significativas entre el grado de depresión e ideación suicida entre los adolescentes que estudian en escuelas

públicas y privadas, lo que habla de la existencia de variables en el ambiente escolar que afectan al desarrollo personal del individuo (Moad, 2007). Detallando un poco más el estudio se encontró que existen indicadores de alto riesgo, tales como baja autoestima, depresión, contacto con muertes violentas y sustancias adictivas y falta de relaciones interpersonales íntimas, en mayor grado en escuelas públicas que en privadas. Por lo tanto, los alumnos de las primeras se perciben más involucrados con tales situaciones

Por otra parte, también se encontró que los estudiantes de escuelas públicas tienen mayor tendencia a la depresión y se sienten invadidos por ella en un mayor grado que los de las privadas. Sin embargo, los estudiantes de ambas refieren que su ambiente familiar y su desempeño escolar no ha cambiado. Por lo tanto, es probable que el medio en el que se desenvuelven las personas que asisten a escuelas públicas sea más agresivo y hostil desde el comienzo de la vida, y sea ésta la causa de una mayor dificultad para desarrollar herramientas del carácter que les permitan enfrentar la depresión. González (2001) habla de que los adolescentes con tendencias suicidas, por lo general, viven en hogares desorganizados, con padres con problemas emocionales que están separados o no están presentes. Al respecto Goodman, Slap y Huang (2003) hablan de que un ingreso económico bajo, así como una limitada educación por parte de los padres se relaciona con un mayor nivel de depresión. Por lo tanto, según Reifman y Windle (1995) los programas de apoyo familiar se han convertido en una importante forma de prevención primaria. También se encontró que los estudiantes de las escuelas privadas sienten tener un mayor dominio sobre sus acciones y sobre la dirección que desean tomar. Mientras que los de las escuelas públicas sienten al ambiente demasiado cambiante lo que puede provocar angustia generada por la incertidumbre. Con referencia a lo anterior Cotton y Range (1996) dicen que la falta de esperanza en el futuro afecta al grado de depresión de los adolescentes.

CAPITULO II “ANSIEDAD INFANTIL”

2-1 Definición de ansiedad.

La ansiedad, según Silvestri y Stavile (2005) consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Esta respuesta, se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural del ser humano. La sensación de ansiedad, aunque con diferente intensidad, ha sido experimentada por todos en diversas situaciones a lo largo de nuestras vidas.

Etimológicamente, la palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción. Esta emoción humana, según Cía (2002) consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La ansiedad no sólo aparece por peligros externos, sino también por otros, de carácter interno y subjetivo (Silvestri y Stavile, 2005). Esta respuesta ansiosa puede tener diferentes niveles de intensidad, variando desde niveles leves hasta severos. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Por el contrario, cuando es muy severa puede llegar a paralizar a la persona, dificultando su accionar en la vida diaria, pudiendo llegar a transformarse en pánico (Cía, 2002). Cuando el nivel de ansiedad llega a estos niveles, Silvestri y Stavile (2005) plantean que la mejor opción es intentar reducirlo, la forma más efectiva es eliminar el peligro que la ha provocado, pero esto no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante; además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Sierra, Ortega y Zubedat, 2003).

Existen diferentes definiciones de ansiedad, en todas ellas se admite que es una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional, en la que coexisten una percepción de

amenaza al organismo con una activación biológica orientada a reaccionar ante tal percepción (Martín Santos y colaboradores, 2000 citados en Vallejo, 2006). Lo que se conoce como ansiedad, clínicamente significativa, ha sido definida por Lazarus y Averill (1972), como una emoción que surge a partir de la valoración del temor, incluyendo elementos simbólicos, anticipatorios; es decir una reacción adaptativa ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, que actúa como un sistema de alerta.

Así es que, ante la percepción de una situación considerada como amenazante un “programa ansioso” es activado de forma refleja (Bourne, 2000; Díez & Sánchez, 2000). Posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín, Valiente & Chorot, 2009).

En general, el término ansiedad alude a la composición de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales que se exteriorizan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso (Oros, 2014).

Además, tiene una función activadora y facilitadora en la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose, así como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia. Indica a un estado de agitación e inquietud desagradable por la combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez (Oros, 2014).

Mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Definido como una reacción normal y adaptativa ante una amenaza real o imaginaria, el miedo constituye una parte integrada al desarrollo y maduración del ser humano (Sandín, Valiente & Chorot, 2009). Así, individuos en estado de ansiedad suelen preocuparse con frecuencia por la amenaza de un objetivo actual y tratan de desarrollar

estrategias efectivas para reducirla (Eysenck, Derakshan, Santos & Calvo, 2007).

A diferencia de la ansiedad transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Es un estado emocional con carácter de malestar (Eysenk, 2007).

El funcionamiento de este radar biológico con el que contamos los seres humanos tiene que ver con poder anticiparnos ante la presencian de un peligro, sin embargo, la patología del mismo da lugar a que éste estado de alerta permanente afecte distintas áreas de desenvolvimiento del sujeto provocando sufrimiento y disfunciones cognitivas (Beck,2013).

Por su parte, la preocupación es otro componente de la ansiedad, responsable de los efectos de este estado de tensión que se activa en situaciones estresantes (especialmente en condiciones de prueba, evaluativas o competitivas) generalmente se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estresores propios de la vida cotidiana (Beck, 2013).

Los cambios fisiológicos que acompañan a este estado predisponen al sujeto para la defensa o huida, con un marcado aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando el aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Es posible distinguir varios tipos de respuestas de ansiedad, los cuales se detallan a continuación (Sandín, 2009):

Respuestas fisiológicas: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, sensación de “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, rigidez muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad, alteraciones del sueño, etc.

Respuestas psicológicas: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o desesperación, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, etc. En casos extremos se puede llegar a temer a la muerte e incluso se puede intentar o consumir un suicidio.

Respuestas conductuales: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, paralización, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto. Estas respuestas suelen acompañarse de cambios en la expresividad corporal, como posturas cerradas, rigidez, movimiento de manos y brazos, tensión de mandíbulas, cambios en la voz, etc.

Respuestas cognitivas: dificultades en la atención, concentración y memoria, descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas, sensación de confusión, tendencia a recordar eventos desagradables, abuso de la prevención y la sospecha, etc.

Respuestas sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, tartamudeo, sensación de “quedarse en blanco” a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones, etc.

Cabe destacar que en la actualidad existe la tendencia a utilizar las palabras ansiedad y angustia casi indistintamente, como si fuesen sinónimos, a pesar de que antiguamente se puso mucho énfasis en diferenciarlas, por considerar que ofrecían matices psicopatológicos muy diferentes. Es por esto que resulta indispensable poder diferenciarlas: la angustia estaría más relacionada con un componente físico o somático, mientras que la ansiedad con un componente psíquico (Vallejo, 2006). Del mismo modo, se diferencian por la manera en que son vivenciadas: mientras la angustia se vive como una amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad se siente más bien como la posibilidad de que pueda ocurrir “cualquier cosa”, como incertidumbre e inseguridad (Cía, 2002).

2-2 Trastornos de ansiedad en la infancia.

El DSM-IV (APA, 1994, 2000) es uno de los sistemas de clasificación y diagnóstico más utilizado. En el mismo, se reconocen distintos tipos de trastornos en niños y adolescentes. La mayor parte de los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que

superan el 5% de la población infantojuvenil (Echeburúa y del Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2008; Sandín, 1997, 2008).

Según Sandin (1997), la ansiedad se define como la respuesta anticipatoria a una amenaza que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a la hiperactivación del sistema nervioso autónomo. Las respuestas de ansiedad son consideradas reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños, responsables de alertarlos de posibles peligros; desempeñando así, un papel protector. Por lo que, desde esta perspectiva, la ansiedad constituiría un signo más de salud que de enfermedad (Echeburúa, 2002).

Partiendo de esta idea, Echeburúa (2002) señala que cuando la ansiedad se relaciona a estímulos específicos, ésta generalmente se asocia a la sensación de miedo. El autor explica que existen tres tipos de miedos establecidos en la especie humana: a) el miedo a los animales; b) el miedo a los daños físicos, y c) el miedo a la separación. Agrega que los miedos son universales y que varían en función de las distintas edades del niño, señalando que éstos van desapareciendo en el transcurso de los años, dependiendo de la madurez emocional que el niño vaya alcanzando y de las diferentes experiencias de aprendizaje que vaya teniendo.

Sin embargo, hay ocasiones en que las respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, siendo causa de sufrimiento para los niños que las experimentan. De este modo, la respuesta de ansiedad se activaría alertando al niño sobre un peligro no existente, teniendo un efecto nocivo, pudiendo transformándose posteriormente en fobia.

Las fobias, se describen como miedos desproporcionados, no específicos de una edad, de larga duración y ajenas al control voluntario, interfiriendo en la vida cotidiana del niño (Echeburúa, 2002).

2-3 Criterios diagnósticos.

En un principio, el DSM-III-R incluía en el apartado de los trastornos de ansiedad de la infancia-adolescencia los siguientes trastornos: ansiedad de

separación, ansiedad excesiva y trastorno por evitación. Sin embargo, a posteriori, el DSM IV modificó dicha clasificación, dejando sólo la ansiedad por separación bajo esa clasificación, mientras que la ansiedad excesiva la encuadró en el marco de la ansiedad generalizada y el trastorno por evitación pasó a ser parte de la fobia social.

Por su parte, Echeburúa (2002) presenta una clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia en la que descarta los trastornos de ansiedad adultos, distribuyéndolos de la siguiente manera: 1) Trastornos fóbicos que incluyen la fobia específica, fobia escolar y el trastorno de evitación; 2) Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica que comprenden la ansiedad por separación y la ansiedad excesiva, y 3) Otros trastornos de ansiedad que contemplan los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión.

Para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad (TA), como en otros trastornos, se tendrá en cuenta la historia clínica. Es pertinente realizar una evaluación para descartar una etiología médica o neurológica; luego establecer una categoría nosológica (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012).

Algunos autores explican que los trastornos de ansiedad son una forma de psicopatología muy común durante la edad infantil y adolescente llegando a representar el segundo diagnóstico más prevalente en estas edades (Navarro-Pardo, Moral, Galán & Beitia, 2012) además los síntomas y síndromes que se pueden desarrollar pueden variar desde síntomas transitorios leves hasta los más completos (Beesdo, Knappe, y Pine, 2009). La importancia de un diagnóstico temprano resulta esencial para poder prevenir el desarrollo inminente de este trastorno. Investigaciones demuestran que aquellos niños y niñas que experimentan ansiedad crónica pero que no reciben un tratamiento adecuado y a tiempo tienen un pronóstico negativo (Spence, Barret & Turner, 2000).

Cabe aclarar que la ansiedad está naturalmente presente en los niños, junto con el miedo y la tristeza, siendo parte de la emocionalidad infantil (Chiracu, 2016).

Es importante precisar que en el caso de la ansiedad los síntomas están relacionados con alteraciones químicas del cerebro que tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados por estrés del ambiente (Cárdenas et al., 2010).

Como características generales y a modo introductorio respecto a la sintomatología de este trastorno, podemos decir que los niños portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento caracterizado por ser exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, un pensamiento catastrófico (Gold, 2006).

Recientes cambios importantes han sido expuestos en el nuevo manual DSM-V (2014), incluido el capítulo de los trastornos de ansiedad, de allí fueron excluidos los trastornos obsesivos- compulsivos y los trastornos relacionados al estrés. Sin embargo, se incluyen nuevos cuadros clínicos como el mutismo selectivo, y quedan separados los trastornos de pánico y la agorafobia, siendo cada uno independientes (Orozco & Baldares, 2014). De esta manera, la agorafobia en el DSM-V (2014) se diagnostica sin tener en cuenta el trastorno o ataque de pánico.

Para realizar un diagnóstico clínico resulta imprescindible tener en cuenta validadores, es decir, aquellas evidencias necesarias preestablecidas en el manual para visar los criterios diagnósticos de los distintos trastornos mentales. A partir de esto que se definen validadores principales para los trastornos de ansiedad los cuales son el miedo, la ansiedad y la evitación (Orozco & Baldares, 2014).

Quedan especificados los trastornos de ansiedad tomando como referencia el manual DSM-V-TR (2014), a continuación, se nombran:

- Trastorno por ansiedad de separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicaciones

- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otros trastornos de ansiedad especificados
- Otros trastornos de ansiedad no especificados

Para la mayoría de los trastornos de ansiedad, las diferencias entre los criterios de diagnóstico para niños y adultos incluyen observaciones sobre la duración, diferencias en el tipo o recuento de los síntomas, o información sobre el exceso del miedo (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009)

Trastorno de ansiedad por separación.

Comenzando por el trastorno de ansiedad por separación (TAS) se observa en el niño una inadecuada y excesiva ansiedad con respecto a la separación del hogar o de aquellos a quienes está vinculado. Suele mostrarse asustado con una forma de expresión inadecuada para lo que representa la situación, simultáneamente desarrolla conductas de rechazo a la separación de aquellas personas por las que siente un fuerte apego por temor de que pueda sucederles algo manifestando quejas repetidas de síntomas físicos como dolor de cabeza o panza cuando se anticipa la separación de los padres. Es común observar excesivas preocupaciones con miedo persistente.

Ocurre que al alejarse de casa muestran conductas de retraimiento social, apatía o dificultad para concentrarse, incluso pueden negarse ir a la escuela lo que trae como consecuencia una baja en el rendimiento escolar.

Los niños con este padecimiento se describen como extremadamente exigentes y con necesidad de atención constante. En cuanto al desarrollo y curso del mismo se produce en la edad preescolar, habiendo periodos de exacerbación y de remisión, tanto la ansiedad por separación como la evitación de asistir a ciertos lugares. Sin embargo, si no es tratado en tiempo y forma persiste en la edad adulta

En términos generales se expresará con tres o más de los siguientes síntomas: malestar al anticipar o permanecer fuera del hogar o de las figuras de apego que conlleva a un rechazo a alejarse de las mismas, preocupación ya sea porque suceda algo extraordinario a nivel ambiental o bien a sus figuras de referencia, miedo a dormir solo, pesadillas y síntomas físicos cuando ocurre la separación.

Mutismo selectivo

Este trastorno presenta a grandes rasgos fracasos para hablar en situaciones sociales específicas (en las que hay una expectativa de que hable), interfiriendo en logros educativos o en la comunicación social, dura al menos un mes sin ser atribuible a otras situaciones (Orozco & Baldares, 2014).

Como características diagnósticas, basándonos en el manual DSM-V (2014), se puede mencionar que aquellos niños con mutismo selectivo frente a interacciones sociales no responden cuando se intenta establecer un dialogo, mucho menos comienzan una conversación.

Esta patología habitualmente se inicia antes de los 5 años de edad, sin embargo, puede no llegar a consultarse hasta los comienzos de la edad escolar, donde el niño debe interactuar más.

Fobia Específica

Para el diagnóstico de fobia específica, se observa la respuesta del sujeto frente al objeto temido. Ésta debe diferir de los temores normales que se producen comúnmente en la población, por lo que el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves pudiéndose presentar en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas).

Las conductas de evitación son características centrales para este trastorno, donde el individuo modifica su vida en pos de no encontrarse con aquello que teme, de esta forma logran apaciguar el miedo o la ansiedad que les despierta el objeto o situación.

La fobia específica se desarrolla comúnmente entre los 7 y 11 años de edad, y aquellas fobias que suelen persistir en la edad adulta rara vez suelen remitir. Para hacer un diagnóstico en niños es importante tener en cuenta dos aspectos, uno es que los niños pueden expresar su miedo y ansiedad con llantos y berrinches, y en segundo lugar es que los niños pequeños no son capaces de comprender el concepto de evitación por lo que es fundamental el testimonio de los padres a la hora de diagnosticar.

Será fundamental conocer la parte irracional de este temor casi infundado, la duración del temor, la ansiedad y si es típico para la etapa concreta del desarrollo en que se encuentra el infante (DSM-V, 2014).

Ansiedad Social

Para el trastorno de ansiedad social, conocido también con el nombre de fobia social los especificadores que se describen en el manual DSM-V (2014), explican que los individuos tienen miedos de actuación en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. Lo suelen manifestar en el trabajo, en la escuela o en ámbitos académicos. En el caso de los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en la interacción con los adultos.

Como todo trastorno de ansiedad va acompañado de un miedo excesivo y un repertorio de conductas de evitación. Son únicamente las situaciones sociales las que provocan miedo o ansiedad en un grado desproporcionado al riesgo real que plantea la situación. La duración de la perturbación es típicamente de al menos 6 meses. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal de la persona.

La edad de inicio del trastorno de ansiedad social ronda en un promedio de comienzo entre los 8 y 15 años de edad, sin embargo, es un trastorno que es comúnmente persistente trayendo grandes consecuencias e impacto en la persona que lo padece sobre todo en su esfera social.

Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se define como una oleada inesperada y repentina de miedo intenso o malestar en concomitancia con síntoma de índole fisiológico. Cuenta con un carácter recurrente ya que aparece más de una crisis inesperada (DSM-V, 2014). Alcanza su máxima expresión en minutos y se expresa en síntomas físicos y cognitivos presentando cuatro o más del total de los 13

síntomas detallados como: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, náuseas, parestesias incluso miedo a morir.

El término inesperado hace referencia que éste es un ataque que aparece sin previo aviso, no hay señal obvia o desencadenante fácilmente identificable, aparece de nada, como cuando el individuo se relaja o bien en la noche durante el sueño. En contraste puede haber ataques de pánico que pueden ser identificables, es decir se puede prever cuando puede llegar a ocurrir, y esto será tarea del clínico.

Los ataques que cumplen todos los demás criterios, pero que tienen menos de cuatro síntomas físicos y/o cognitivos, se conocen como ataques de síntomas limitados.

Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida. Son habituales las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por otros, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y también la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco". En consecuencia, puede haber cambios de comportamientos desadaptativos como un intento de controlar o minimizar los síntomas del ataque.

Los ataques de pánico (DSM- V, 2014) se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p.ej., trastornos depresivos) y en algunas afecciones médicas. Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de registrar como un especificador (p. ej., "trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico").

En la actualidad existen desacuerdos en cuanto al diagnóstico infantil relacionado con trastornos de ansiedad (Lane, 2007; Beesdo, Knappe, y Pine, 2009; Lewis-Fernández et al., 2009). Por ejemplo, Beesdo et al. (2009) señalan que desde un punto de vista empírico existen numerosos retos a la hora de investigar la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de ansiedad infantil ya que existen numerosas variables posibles que pueden ser

factores de riesgo, como, por ejemplo: sexo, edad, genética, formación académica, factores económicos, factores ambientales y adversidades vitales.

Por otra parte, los trastornos de ansiedad, se destacan por ser un grupo de entidad nosológica psiquiátrica que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo, adquiriendo una importancia fundamental en la infancia; ya que si bien integra el grupo de enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia, en la niñez son los de menor consulta (Gold, 2006). El nivel de sufrimiento, de carácter silencioso, es otra de las características que le suman importancia de ser investigada debido a la repercusión emocional, social y académica que conlleva. Además, es importante contar con un diagnóstico a tiempo por la evolución que puede acarrear cuando no es tratada tempranamente (Gold, 2006). En tanto, individuos entre las edades de 10 y 25 años parecen estar con el mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad (Tanja, Ulrike Jürgen, 2007).

Los numerosos intentos de los investigadores de demostrar las diversas asociaciones existentes entre las variables se enfrentan a dificultades metodológicas al tener que probar que el factor de riesgo está presente antes de que surja el trastorno de ansiedad. Sin embargo, se continúa estudiando la forma de diferenciar y especificar las características y las dimensiones del trastorno de ansiedad en un futuro para introducirlo en el DSM-V (Beesdo et al., 2009; Klein, 2009; Lewis-Fernández et al., 2009).

2-4 Etiología.

De acuerdo con Echeburúa (2002), la etiología de los trastornos de ansiedad aún debe ser investigada con más profundidad, sin embargo, destaca que en gran medida, el origen está relacionado por un lado, con los acontecimientos estresantes, como pueden ser la separación de los padres, el cambio de residencia o la hospitalización de los padres o del niño; y por otro, con el estilo educativo de los padres, señala que hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de estos (Toro, 2006, citado en Echeburúa y del Corral, 2009). Asimismo, refiere que hay factores internos que pueden influir en el nivel de ansiedad, como el temperamento o la personalidad.

Por otro lado, desde una perspectiva cognitiva, el niño que padece de ansiedad tiende a asumir la responsabilidad de los fracasos de forma excesiva. Es decir, no tiene en cuenta los aspectos de la situación estresante y tiene dificultad para considerar alternativas de actuación. Por esta razón, el niño adoptaría a menudo conductas de evitación como estrategias de afrontamiento. Echeburúa (2002) sostiene que las excesivas preocupaciones que no tienen una base realista son percibidas por el niño como incontrolables, por lo que “constituyen el sesgo cognitivo global más nuclear de los trastornos de ansiedad” (p.72)

2-5 Síntomas.

El trastorno de ansiedad se caracteriza por la presencia persistente de malestar, angustia, incertidumbre y miedos anticipatorios que surgen por situaciones muy diversas.

Orgilés, Méndez, Rosa e inglés (2003) señalan que el trastorno de ansiedad infantil comprende los siguientes síntomas: preocupación excesiva sobre actividades o acontecimientos relacionados con su entorno (escolar y/o familiar); dificultad para concentrarse y controlar el estado de ansiedad; irritabilidad; excesiva impaciencia; alteraciones del sueño siempre que estos síntomas no se deban a efectos fisiológicos producidos por alguna sustancia o enfermedad médica. Asimismo, explican que los trastornos de ansiedad repercuten y perjudican a corto y largo plazo la vida del niño por lo que es aconsejable intervenir y tratar dicha alteración lo antes posible para prevenir el desarrollo de otros trastornos psicológicos.

La sensación de ansiedad puede tener lugar sin síntomas físicos o estar acompañada de numerosos síntomas agobiantes, que afectan a muchos órganos. Puede no incitar cambios en la conducta o puede producir inmovilización o evitación crónica. Según Bados (2015) y Klein (2009) los trastornos de ansiedad se caracterizan por ser una preocupación excesiva, intensa, de duración y frecuencia desproporcionada con relación a la situación de temor, que hace que el niño sienta que no tiene control sobre ésta. Asimismo, el niño tendría dificultad para soportar emocionalmente la incertidumbre, generándosele intensas sensaciones de estrés y frustración.

Cuando la ansiedad se encuentra marcada por síntomas físicos, estos se traducen en tensión, temblores, sudoraciones, palpitaciones, elevada tasa cardíaca, náuseas y mareos; pudiendo presentarse también a través de comportamiento disruptivo (Bados, 2015).

2-6 Ansiedad infantil y otras variables psicológicas.

Ansiedad y sobrepeso

Ríos Martínez y colaboradores (2008) sostienen que existen muchas investigaciones que demuestran la relación entre el exceso de peso y complicaciones médicas, como puede ser la diabetes, la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, y problemas óseos; sin embargo, poco se sabe a ciencia cierta sobre la relación entre el sobrepeso infantil y problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad, trastornos de personalidad, u otra psicopatología. Los autores mencionados plantean que, si bien no se puede asegurar la presencia de trastornos psicológicos o algún perfil de personalidad específico en niños con sobrepeso, existe la posibilidad de que sus índices de depresión y ansiedad, principalmente, sean más elevados que en el resto de la población infantojuvenil. (Ríos Martínez y colaboradores, 2008).

Silvestri y Stavile (2005) establecen una posible relación entre la ansiedad y la conducta alimentaria. Plantean que el comer, o más exactamente el masticar, al suponer un gasto de energía, se transforma en una forma de reducir la ansiedad. Entonces, si el comer es utilizado como recurso “anti-ansiedad” y se transforma en hábito, es probable que se desarrolle un círculo vicioso donde la ansiedad, sólo se reduce ingiriendo alimentos, los cuáles no siempre son los adecuados. La ansiedad puede adoptar diversas formas, pero aquella más relacionada con el sobrepeso es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente en niveles no tan elevados, pero es casi permanente. Es por esto, que se consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer y; al ser constante su presencia (y por ende su método de reducción), provoca en muchos casos, exceso de peso (Silvestri y Stavile, 2005). Coincidiendo con esta misma línea, se encuentran dos trabajos de investigación; por un lado, Kaplan y Kaplan (1957, citado en Silvestri y Stavile, 2005) proponían que la sobreingesta

es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto con sobrepeso como mecanismo para reducir la ansiedad y, por otro lado; Calderón y colaboradores (2009) llegaron a una conclusión similar, ya que plantean que aquellos niños que padecen sobrepeso, o bien obesidad en cualquiera de sus grados, tienden a confundir los estados emocionales con la sensación de hambre, lo que los lleva a paliar la ansiedad comiendo.

A través de su investigación, Ríos Martínez y colaboradores (2008) lograron comparar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en adolescentes con y sin sobrepeso. Los autores recientemente mencionados trabajaron con una muestra total de 296 adolescentes de entre 12 y 19 años, y concluyeron que el primer grupo poseía mayores niveles de ansiedad y depresión, como así también expresaron sentirse menos satisfechos consigo mismos, en diferentes ámbitos. Esto coincide con el trabajo, anteriormente mencionado, de Calderón y colaboradores (2009), quienes observaron que los pacientes con exceso de peso se caracterizaban por la mayor presencia de síntomas tanto de ansiedad, como de depresión. A diferencia del primer estudio, en este caso se trabajó con una muestra de 281 jóvenes de entre 11 y 17 años

Ansiedad infantil y funcionalidad familiar:

Gómez-Ortiz, Martín, & Ortega-Ruiz. (2017) mediante su investigación llevada a cabo en Uruguay manifiestan que la atención, el cuidado y la disponibilidad para el apoyo y el consuelo son características de crianza exigibles para todos los procesos de desarrollo. Los seres humanos necesitan ser atendidos, cuidados y ayudados por los adultos durante la infancia. Esta tarea recae normalmente en padres y madres, u otros familiares cercanos. Así, la familia se erige como un contexto de desarrollo humano clave para fomentar el aprendizaje y la salud emocional y psicológica de los niños, dado que en la mayoría de los casos la familia es la encargada de proporcionar el cuidado y la ayuda de los menores hasta que estos alcanzan una adecuada autonomía y competencia social y emocional. Sin embargo, esta función de atención y cuidado que implica la crianza resulta importante para los adultos que están a cargo, quienes mejoran su estabilidad emocional y construcción de su propia identidad personal mediante la asunción de responsabilidades y compromisos (Palacios y Rodrigo, 1998). No obstante, las interacciones y los procesos del

grupo familiar también pueden impactar de forma negativa en el desarrollo de sus miembros, sobre todo en los niños y adolescentes cuando los adultos no logran encontrar la funcionalidad positiva de estabilidad y realización personal en este contexto, y hacen de él una fuente de problemas y a veces de traumas psicológicos que impactan negativamente en el desarrollo de los menores (. En este sentido, la calidad de la relación de pareja de los progenitores parece no solamente en el propio bienestar y ajuste de los miembros de esa pareja, sino que también, y muy especialmente, en el de los menores, fruto de esa unión, de la cual dependen independientemente del estado de la misma. Gómez-Ortiz, Martín, & Ortega-Ruiz, (2017)

En resumen, de dicha investigación los resultados arribaron a la conclusión que existe una relación significativa entre la ansiedad infantil y la conflictiva parental, que muestra la mayor ansiedad en los hijos de padres con elevados niveles de conflictividad que llevan a un aumento en la disfuncionalidad familiar.

La ansiedad, las funciones ejecutivas (FE) y cómo influyen en el rendimiento escolar.

La alteración cognitiva en la ansiedad se refleja ante la presencia de un sesgo atencional (Vytal et al., 2012). Estas construcciones ansiosas (Sharp, Miller & Heller, 2015) se correlacionan de manera negativa con distintos mecanismos neuronales que pueden interrumpir en las FE mostrando déficits que pueden predisponer factores de riesgo.

Por lo que la excitación ansiosa provoca en el individuo un rendimiento de comportamiento más pobre y menos eficiente en tareas que implican control atencional, inhibición y disfunciones en la actualización de información (Sharp, Miller & Heller, 2015).

Los trastornos de ansiedad se asocian a un deterioro en los aspectos sociales, académicos y de salud, así como a un aumento en las tasas de suicidio (Weiller, Bissarbe, Maier & Lerubier, 1998).

Los altos niveles de ansiedad son asociadas con deficiencias de la función ejecutiva observadas tanto en la disfunción neural como en el comportamiento desadaptativo concomitante (Silton et al., 2011 citado en Sharp, Miller y Heller,

2015). Esto se alinea con la hipótesis de que los individuos ansiosos tienen sesgos automáticos hacia los estímulos negativos y serían más propensos a procesar palabras negativas a pesar de su irrelevancia para la tarea refleja, es decir, un procesamiento disfuncional de información irrelevante para la tarea (Sharp et al., 2015).

Se ha indicado en varias investigaciones, por ejemplo, que las personas con TOC experimentan dificultades en la capacidad de planificación, inhibición cognitiva y motora, atención cambiante, toma de decisiones y fluidez verbal. (Shin, Lee & Kim Kwon, 2014).

Un metaanálisis indicó que los pacientes con TOC tenían una discapacidad significativa en las tareas que miden las funciones ejecutivas. Los investigadores encontraron un tamaño de efecto relativamente grande para la planificación y un tamaño de efecto moderado para la capacidad de cambio de configuración, la inhibición cognitiva, la fluidez verbal y la velocidad de procesamiento (Shin, Lee & Kim Kwon, 2014).

Ajilchi y Nejati (2017) en sus estudios exploratorios conocieron que individuos ansiosos mostraron mayores dificultades en memoria, control inhibitorio, planificación y flexibilidad cognitiva. Además, destacaron que el papel principal de la ansiedad en el deterioro de la atención sostenida era considerable. Los sujetos evaluados, al mantener la vigilancia ante los estímulos amenazadores pueden disminuir su atención sostenida lo que dificulta la operación de otros aspectos de sus FE y reduce su capacidad de adaptarse a sus demandas ambientales en este proceso mostrando medidas bajas en lo que refiere a toma de decisiones, al comparar la muestra con una asintomática.

Las personas con fobia social presentan un aumento de pensamientos y sentimientos autorreferenciales negativos los cuales interfieren con su rendimiento habitual e impiden el acceso a información que permita refutar la evaluación del medio. (Ruscio et al. 2007, citado en Balbi & Roussos, 2010).

Pacientes con trastorno de ansiedad generalizada muestran un deterioro cognitivo mostrando alteraciones en las FE que afectan de tal modo para llevar adelante una vida independiente, resolver situaciones problemáticas que surjan y alcanzar metas deseadas (Balbi & Roussos, 2010). Coincide con lo que aporta

Eysenck (2007) quién sostiene que la activación ideativa ansiosa y de carácter automático propia de la ansiedad, interfiere con la cognición normal utilizando recursos de la memoria de trabajo afectando el rendimiento de estos sujetos.

Algunos de los síntomas que se pueden mencionar dentro de una evaluación clínica de observación directa en pacientes con indicadores de trastornos de ansiedad y que se relacionan con disfunciones ejecutivas son: impulsividad, inatención, dificultades en la autorregulación, planificación y programación comportamental, rigidez cognoscitiva hasta una incapacidad por parte del sujeto para evaluar conceptual y objetivamente las cosas que hace o dice (Pineda, 2005).

Por otro lado, García- Villamizar y Muñoz (2000) en sus estudios observaron las relaciones entre el logro escolar y las FE. De las distintas conclusiones a las que arribaron cabe mencionar; el bajo rendimiento académico está relacionado con varias disfunciones ejecutivas. La disfunción de los procesos ejecutivos tiene una honda repercusión psicológica a nivel interno, de observación difícil de detectar, causando una profunda perturbación cognitiva y conductual en los niños afectados; como lo explica pineda (2005), estos individuos pueden tener una menor eficacia en su desempeño cognitivo como en el razonamiento complejo, lo que puede suponer un posible indicador de ansiedad.

En la población infantil (Emerson, Harrison, Everhart & Williamson 2001 citado en De la Ossa, Díaz, Romero-Acosta & Giraldo, 2018), los procesos neurocognitivos se ven afectados por estos síntomas internalizantes de un trastorno de ansiedad, en consecuencia, funciones como la atención, memoria, lenguaje habilidades construccionales de tipo visoespacial, la velocidad psicomotora, el aprendizaje y la velocidad en procesamiento pueden verse afectadas.

La ansiedad y las emociones positivas (EP)

Según la investigación de Pulido Acosta y Herrera Clavero, (2018) “Ansiedad y felicidad como estados emocionales contrapuestos en la infancia” en el que se utilizan como instrumentos de evaluación el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) y un cuestionario elaborado para evaluar la

felicidad, en la población infantil española, se halló relación estadísticamente significativa entre ansiedad y felicidad, siendo inversamente proporcional, lo que hace que sí se puedan considerar estados emocionales contrapuestos.

Carballeira, González y Marrero (2011) manifiestan en sus resultados del estudio realizado que se observa una relación positiva entre felicidad y satisfacción vital. En tanto también descubren que las emociones negativas se asocian inversamente con todas las medidas de bienestar.

Restrepo-Restrepo, Vinaccia Alpi, y Quiceno (2011) también manifiestan expuesto de otra manera que aquellos que experimentan menores niveles de ansiedad son los que reflejan niveles superiores en bienestar. El balance entre estados emocionales positivos y negativos, es un predictor de la satisfacción vital, mientras que su desbalance perjudica este funcionamiento.

Se ha demostrado que mayores niveles de felicidad aminoran los estados emocionales negativos como la depresión, el estrés y la ansiedad. De esta manera, aquellos que reflejan niveles inferiores de felicidad se relacionarían con mayor número de problemas de salud mental (Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado, y Ramírez-Uclés, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

Las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica (Aspinwal, 2001; Carver, 1998; Lazarus, 1993; Lazarus, 1993; Lyubomirsky, King y Diener, 2005 citado en Vecina Jiménez, 2006). Entre las emociones positivas que son estudiadas se encuentran: la serenidad que mejorará de alguna manera el asertividad y reduciría la indisciplina, así como conductas agresivas, la simpatía y gratitud que optimizan la interacción social, la alegría previene el rechazo de los pares produciendo un contagio que facilite la socialización. Emociones positivas y estrategias de afrontamiento al estrés de niñas y niños positiva y por último la satisfacción personal que reportaría el placer, la cooperación y una adecuada autoestima. A saber, también en relación a lo derrollado la gratitud según (Oros, 2014). como las demás fortalezas, tiene un efecto de protección para los trastornos mentales como la ansiedad.

Otras investigaciones hallan que los estados afectivos positivos facilitan la solución creativa de diversos problemas. Además, ayudan a fortalecer ante la adversidad en cuanto que promueven la resiliencia y protegen contra la depresión, siendo esencial que incrementa los recursos psicológicos de afrontamiento de la persona (Oros, 2014).

CAPITULO III:

*“LA EVALUACION DE LA
DEPRESION y
ANSIEDAD INFANTIL “*

Es de suma importancia mencionar los diferentes instrumentos que se utilizan en la actualidad para medir tanto ansiedad como depresión en la población infanto-juvenil, el objetivo es conocer como miden el estado de depresión y ansiedad en niños, como la evalúan y cuáles son los criterios para la toma.

3.1 Instrumentos de evaluación utilizados para depresión infantil

Inventario de depresión infantil (CDI)

En cuanto a la depresión, la mayor parte de ellas utiliza *el inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs* de 1985 (en Borges & Angeli dos Santos, 2016; Garibay Ramirez et al., 2014; Lewis et al., 2013; Maras et al., 2015; Mc Laughlin et al., 2011; Thabet, Thabet & Vostanis, 2016). Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años (y hasta los 15 años). Puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño. Posee 27 ítems, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones. Se administrará la adaptación argentina de Facio y Batistuta (2001). Dichos autores tradujeron y aplicaron el inventario a 633 adolescentes estudiantes de Paraná, Entre Ríos, que tenían entre 13 y 15 años, siendo seguidos dos años después. Se obtuvo una aceptable consistencia interna y estabilidad.

Cuestionario de estado infantil abreviado (SMFQ)

De Angold et al., de 1995 (en Bowes et al., 2014 y Lewis et al., 2013) es una versión secundaria con una subescala de 13 ítems de un cuestionario más largo de 33 ítems (el MFQ original). Las preguntas formuladas en la encuesta se basan en los criterios del DSM-III para la depresión; sin embargo, la herramienta de detección y la escala de calificación no pueden usarse como una medida para diagnosticar. Este instrumento debe usarse solo como indicador de síntomas depresivos y no como una herramienta de diagnóstico y, por lo tanto, no indica si un niño o adolescente tiene un trastorno particular. Este instrumento tiene una versión complementaria del informe del padre / cuidador, que consta de ítems que evalúan los mismos síntomas.

Escala de evaluación de esquizofrenia y depresión en niños (K-SADS-PL)

De Kaufman et al., de 1997 (en Wender et al., 2014); es una entrevista semiestructurada para la evaluación de los trastornos depresivos, esquizofrénicos y otras alteraciones, en niños y adolescentes entre 6 y 17 años de edad. La Escala K-SADS consta de tres partes: 1- Recogida de datos de comienzo, duración e intensidad de los problemas percibidos por el niño/adolescente en el último año .2- Cuestionario de 200 síntomas para ser valorados sobre una escala de seis o siete alternativas 3- Observación de la conducta a través de dieciséis elementos. Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años.

Inventario de depresión,

De 1994 (en Breton, 2015); el BDI es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una [depresión](#). Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 12 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, [fatiga](#), pérdida de peso ,etc.)

Escala de autoinforme de depresión (SDS)

De Zung de 1965 (en Ferrel Ortega, Vélez Mendoza & Ferrel Ballestas, 2014; Pan et al., 2015); es una medida de detección que toma como norma al DSM III y a partir de una serie de ítems (18) busca identificar la presencia de trastornos depresivos en adolescentes y adultos.

Escala de autoinforme de depresión para niños (DSRSC)

De Birmaher de 1981 (en Panter Brick et al., 2011; Wang et al., 2012) y The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC) de Radloff de 1977 (en Klasen et al., 2015).se basa en la definición operativa del

trastorno depresivo, lo que implica una duración de un patrón de comportamiento afectivo específico en el que existe una discapacidad en la capacidad de un niño o adolescente para funcionar eficazmente en su entorno (Birleson, 1981). El DSRS-C mide la dirección de los disturbios que sintieron la semana pasada los niños y adolescentes de entre 8 y 14 años de edad. Se les pide a los sujetos que seleccionen una de las siguientes opciones; “La mayoría de las veces”, “A veces” o “Nunca”. Los puntajes para la escala son 2, 1 o 0.

Para concluir, entre los instrumentos para evaluar la depresión podemos observar que existen varios modos de evaluación, entre los que se encuentran los autorregistros, escalas de clasificación clínica, métodos de observación directa y evaluaciones de personas significativas (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

3.2 Instrumentos utilizados para medir ansiedad infantil

. La Escala de Ansiedad Infantil de Spence. (SCASC).

La Escala de Ansiedad Infantil de Spence, SCASC, (Spence, 1998), evalúa la percepción que tienen los niños de la frecuencia con que experimentan los síntomas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad por separación, la fobia social, pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad y temores de lesiones físicas (Spence, 2003). Siendo una medida de autoinforme se pide a los encuestados que indiquen frecuencia con la que cada síntoma se produce en una escala.

Esta escala se desarrolló originalmente para evaluar niños de 8 a 12 años y consta de 45 elementos, 38 de los cuales evalúan síntomas de ansiedad específicos relacionados con seis subescalas mencionadas anteriormente.

La Escala Revisada de Ansiedad Manifestada de los Niños (RCMAS)

La Escala Revisada de Ansiedad Manifestada de los Niños (RCMAS; Reynolds y Richmond, 1985) evalúa los síntomas fisiológicos, la preocupación y la falta de atención asociada con la ansiedad en los niños. Es un instrumento relativamente breve adecuado para tomar de forma individual o bien en grupo

tanto en entornos clínicos y educativos, permite ser utilizado desde los 5 años hasta los 19 (Gerard y Reynolds, 2014). Este instrumento consta de 37 ítems. Cada uno incorpora descripciones de sentimientos y acciones que a su vez reflejan un aspecto de la ansiedad. Resultó ser una herramienta útil para el diagnóstico temprano y tratamiento de un posible trastorno ya que proporciona datos que permiten el seguimiento en el proceso de diagnóstico y tratamiento (Gerard y Reynolds, 2014).

El RCMAS-2 ha mejorado las propiedades psicométricas, ampliando la cobertura de su contenido. Es un instrumento de autoinforme de 49 artículos diseñado para medir los síntomas de ansiedad en niños de 6 a 19 años. El instrumento revela tres factores de ansiedad: ansiedad fisiológica, preocupación y ansiedad social.

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), creado por Spielberger (1971) diseñado para medir ansiedad en niños. Compuesto por dos escalas independientes, una evalúa la Ansiedad Estado (A-E) y la otra se encarga de evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general (Moreno & Borrero Copete, 2005). Sin embargo, presenta ciertas limitaciones en cuanto la toma dado por su longitud y para aquellos niños con limitaciones en la escritura o lectura necesitan ayuda para completarlo lo que arriesga su confiabilidad y validez (Nilsson, Buchholz y Thunberg, 2012).

Resultaría un aporte para la investigación con niños poder contar con un instrumento válido, de toma sencilla y accesible para esta muestra poblacional, con preguntas que den posibilidad a respuestas de carácter intermedio ante aquellas situaciones cotidianas que resultarían ansiógenas.

Escala de autoinforme de ansiedad de Zung

De 1965 (en Pan et al., 2015); El SAS es un dispositivo de evaluación de autoinforme de 20 ítems creado para medir los niveles de ansiedad, basado en

la puntuación en 4 grupos de manifestaciones: síntomas cognitivos, autónomos, motores y del sistema nervioso central. Al contestar las declaraciones, una persona debe indicar cuánto se aplica cada declaración dentro de un período de una o dos semanas antes de tomar el examen. Cada pregunta se califica en una escala tipo Likert de 1-4 (en base a estas respuestas: "un poco de tiempo", "algunas veces", "buena parte del tiempo", "la mayor parte del tiempo"). Algunas preguntas están redactadas negativamente para evitar el problema de la respuesta mecánica.

Escala multidimensional de ansiedad para niños-10 (MASC)

De March et al., 1997 (en Maras et al., 2015; Mc Laughlin et al., 2011) es una escala de autoinforme Likert de 39 ítems y 4 respuestas posibles que representa de manera sólida la estructura factorial de la ansiedad en niños de 8 a 18 años.

Autoinforme para reporte de trastornos de ansiedad en niños (SCARED)

De Birmaher et al., de 1999 (en Stoddard et al., 2014). Es un instrumento de autoinforme para niños y padres que se utiliza a fin de detectar trastornos de ansiedad en la infancia, incluido el trastorno de ansiedad general, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico y la fobia social. Además, evalúa los síntomas relacionados con la fobia escolar. El SCARED consta de 41 ítems y 5 factores que son paralelos a la clasificación DSM-IV de los trastornos de ansiedad. Las versiones para niños y padres de SCARED tienen un acuerdo moderado entre padres e hijos y una buena consistencia interna, confiabilidad de prueba-prueba y validez discriminante.

Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30).

Las propiedades psicométricas de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30: Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010) reportó índices muy altos de confiabilidad en la población infantil (Batista y Sanz, 2013).

Partiendo del reconocimiento de que los tipos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son fenómenos muy comunes tanto en niños como en adolescentes (Bonifacio Sandín, Valiente y Chorot, 2009).

La Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS, Chorpita, Moffit, Unemoto y Francis, 2000) utiliza muchos de los ítems del SCAS (Spence, 1997, 1998), junto con ítems que representan síntomas de depresión mayor y nuevos ítems relacionados con la ansiedad generalizada con el efecto negativo ésta produce. Esta medida consta de 47 enumeraciones agrupadas en seis subescalas: Trastorno de ansiedad por separación (SAD; 7 artículos), Fobia social (SP; 9 artículos), Trastorno de ansiedad generalizada (GAD; 6 artículos), Trastorno de pánico (PD; 9 artículos), Trastorno obsesivo compulsivo (TOC; 6 ítems) y trastorno depresivo mayor (Chorpita et al., 2000). El puntaje total es la suma de todas las subescalas de ansiedad, lo que da un índice general de niveles de ansiedad (Esbjörn, Sømhovd, Turnstedt y Reinholdt-Dunne, 2012).

Dada la elevada comorbilidad que se da entre los trastornos de ansiedad y la depresión, así como la alta prevalencia de esta última, resulta de gran utilidad ya que incluye en el cuestionario una subescala dedicada a la evaluación de la depresión (Chorpita et al., 2000), por lo que es una herramienta de valor, completa demostrando contar con buenas propiedades psicométricas para identificar las patologías mencionadas. (Piqueras, Pineda, Martín-Vivar y Sandín, 2017).

La escala ha demostrado mayores propiedades de validez y confiabilidad que la mayoría de los instrumentos de autoinforme utilizados para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes (Chorpita, Moffit y Gray, 2005).

Las pruebas de autoinforme suelen ser imprescindibles para evaluar estos problemas psicopatológicos en diferentes contextos, tanto clínicos como no clínicos (Bonifacio Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Muchos investigadores han utilizado la RCADS en diferentes países, incluso cuando el inglés no era su idioma nativo, para evaluar los conceptos de ansiedad y depresión en niños y jóvenes (Mehmood y Sultan, 2014).

Como componentes favorables ésta escala además de contar con un amplio margen de validez permite a los profesionales mentales junto con expertos en educación que también pueden usar RCADS para detectar todo tipo

de trastornos de ansiedad, así como síntomas depresivos en niños y adolescentes a nivel temprano (Mehmood y Sultan, 2014). 4.1.6.1 –

Historia del RCADS.

En los últimos tiempos, se ha sentido la necesidad de un instrumento multidimensional clínico que nos permita obtener, de forma rápida, información sobre los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños, niñas y adolescentes. Fue realizado con el objetivo de responder a esto y otros problemas encontrados. Los principales instrumentos se han dirigido a la evaluación de variables específicas de ansiedad y depresión. Por ejemplo, existen dos instrumentos de autoinforme, que son lo más utilizados. Estos han sido: RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Richmond, 1978) y CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1980), respectivamente. No obstante, varias investigaciones han sugerido que estos instrumentos evalúan más el constructo amplio de afectividad negativa que la ansiedad y depresión como constructos clínicos separados (Chorpita et al., 2005), lo cual resta interés y utilidad clínica a estas dos conocidas escalas.

Un primer paso importante en este sentido fue la construcción de la Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997). De todas maneras, ha demostrado ciertas deficiencias. Por otro lado, debido a la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión, así como la elevada prevalencia de esta última, resulta de gran utilidad la inclusión en el cuestionario de una subescala dedicada a la evaluación de la depresión (Martín Vivar, 2017).

Con objeto de solucionar estas dificultades, Chorpita et al. (2000) desarrollan una nueva escala mejorada de la de Spence, que entre sus modificaciones agregaría la evaluación de depresión en niños y la reformulación de una nueva escala de ansiedad generalizada que represente mejor los criterios del DSM-IV: la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS por sus siglas en inglés) (Martín Vivar, 2017).

Versiones del RCADS.

La validación en inglés de la RCADS la realizan Chorpita et al., (2005) a partir de una muestra clínica e informan índices de consistencia interna muy

adecuados y muy consistentes con la versión original. Fue a raíz de todo su recorrido que se comenzaron a realizar distintas versiones.

Años más tarde Sandín et al, (2009) realizan una validación en español, a partir de una muestra de niños y adolescentes pertenecientes a diversos colegios públicos de enseñanza primaria. Posteriormente fueron desarrolladas versiones abreviadas de la escala, de 25 y 30 ítems, ganando así tiempo en su administración. Estos cuentan con excelentes propiedades psicométricas, por eso es una de las escalas más empleadas para la detección y evaluación inicial de estos síntomas en niños, niñas y adolescentes, con la ventaja ser breve en relación a la versión original (Batista, 2013).

Este instrumento cuenta también así con una versión para padres (RCADS-P), que se diferencia con la versión original en tanto son los padres quienes responden acerca de la sintomatología en los infantes. Fue analizado por Ebesutani, Chorpita, Higa-McMillan, Nakamura, Regan y Lynch (2011).

RCADS cuenta con adaptación en diversos países e idiomas, entre ellos: Australia (De Ross, Gullone & Chorpita, 2002), Dinamarca (Esbjörn, Sømhøvd, Turnstedt, & Reinholdt-Dunne, 2012), España (Sandín et al., 2009), Francia (Bouvard, Denis & Roulin, 2015), Holand (Kösters, Chinapaw, Zwaanswijk, van der Wal & Koot, 2015), Pakistán (Mehmood & Sultan, 2014), Turquía (Gomez, Kilincaslan, Orengul, Ebesutani, Kaya, Ceri, & Chorpita, 2016) (Batista, 2013).

Validez Concurrente

A fin de lograr su validez concurrente, se han realizado varias investigaciones en las que se utilizó la RCADS en conjunto con otras técnicas ya utilizadas tanto para medir depresión como así también ansiedad. Debido a que en esta investigación se presta especial atención a la depresión infantil, a continuación, colocamos aquellas investigaciones en la que se utilizó de manera conjunta la RCADS y el CDI:

Desarrollo de una versión de 30 ítems de la escala revisada de ansiedad y depresión infantil: Los resultados de esta investigación apoyan la validez factorial, consistencia interna, datos normativos, y validez convergente y discriminante de la RCADS-30. Las propiedades psicométricas y las elevadas

correlaciones entre ambas escalas sugirieron que la RCADS-30 es un instrumento multidimensional apropiado tanto para situaciones de investigación como clínicas.

Propiedades psicométricas de la escala revisada de ansiedad y depresión en una muestra clínica: se obtuvo porcentajes favorables en relación a la validez convergente a partir de pruebas comparativas con técnicas que miden ansiedad y depresión como lo es el CDI de Kovács.

. Como resultado de ambas investigaciones, se encontraron correlaciones entre factores de la RCADS (trastorno depresivo mayor) con el Inventario para la Depresión Infantil (Kovacs, 1980),

3.3 Instrumentos utilizados para medir ansiedad y depresión actualmente en Argentina.

Si bien existen diversos instrumentos para evaluar ansiedad y depresión infantil, en nuestro país, la situación es diferente. Actualmente se cuenta con escasos instrumentos adaptados para evaluar ansiedad y depresión en nuestra población adulta y sólo uno para niños/as que permite conocer sólo la variable de depresión.

Uno de ellos es el Inventario de **Depresión de Beck II (BDI-II)** de Beck, Steer y Brown de 1996, en su adaptación argentina de Brenlla y Rodríguez del 2006, con coeficientes de fiabilidad altos ($\alpha = ,86$).

También se cuenta con la **Escala de Malestar Psicológico de Kessler** para adultos (Kessler Psychological Distress Scale K-10), de Kessler y Mrozeck de 1994, adaptada por Araguren y Brenlla, 2010. Permite conocer aspectos de la ansiedad y depresión en adultos. Para dicha adaptación, llevaron a cabo una adaptación lingüística del instrumento y un análisis de sus propiedades psicométricas. Para evaluar su confiabilidad, se efectuó un análisis de la consistencia interna y se examinó la estabilidad temporal de los ítems. La validez del instrumento fue evaluada teniendo en consideración diferentes indicadores de la misma. Se calcularon, a través de las curvas ROC, los niveles de sensibilidad, especificidad y el área bajo la curva (ABC) de la prueba. Los resultados indican que se puede contar con la K10 como un instrumento de

despistaje de malestar psicológico que reúne los requisitos psicométricos necesarios para ser utilizado en población argentina.

A su vez, se ha adaptado la **Escala de Desesperanza (Beck, 1974)**, realizada por Mikulic en 1998. Hace diez años, se realizaron estudios de las propiedades psicométricas y baremización de dicha adaptación argentina (Mikulic, Cassullo, Crespi & Marconi, 2009). Participaron 377 participantes de Capital Federal y Gran Buenos Aires, entre las edades de 18 y 50 años (M: 28; SD: 7,9). Se analizó la consistencia interna de la escala, así como su validez concurrente, predictiva, diferencial y factorial. El coeficiente Alpha de confiabilidad del instrumento fue aceptable, concluyendo que la puede ser usada con propósitos de “screening” en diversos contextos.

Por último, otra técnica utilizada en nuestro país es **STAI-R** de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jards (1983), adaptada por Leibovich de Figueiroa en 1990. Dicha adaptación argentina arrojó un coeficiente alfa alto de ,90.

Los instrumentos mencionados se refieren población argentina adulta, mientras que, en cuanto a la población argentina infanto-juvenil, algunos instrumentos actualmente adaptados:

Inventario de Depresión Infantil (CDI: Children's Depression Inventory) creado por Kovacs, 1992, adaptado por Facio y Batistuta en el 2001. Se la describe en el apartado que se especifica a continuación.

Inventario de comportamiento infantil

El Child Behavior Checklist pertenece al sistema de evaluación multiaxial ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) para valorar psicopatología. Contiene dos partes: la primera permite valorar habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda está formada por un listado de 113 ítems con 3 opciones de respuesta (0=nunca o casi nunca, 1= a veces cierto, 2= cierto muy a menudo). Los padres informan de los principales problemas de conducta y afectivos de los niños de 6 a 18 años. Los ítems se agrupan en ocho escalas derivadas de análisis factorial: ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas, y conducta agresiva. Además, los ítems también pueden

agruparse en 3 dimensiones superiores: escala interiorizada, escala exteriorizada y total.

El Listado de Síntomas Breve (LSB-50)

Es un instrumento clínico adaptado para adolescentes argentinos cuya finalidad es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos. (De la Iglesia et al. 2017)

El cuestionario se compone de 7 escalas principales (Sensibilidad obsesiva, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Sueño estricto y Sueño ampliada); 2 subescalas (Sensibilidad y Obsesión-compulsión) y 1 escala de Riesgo psicopatológico. Permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, Número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. Su brevedad, la claridad y sencillez de los ítems, la inclusión de nuevas dimensiones (Sueño estricto y Sueño ampliada) y su mayor consistencia factorial, hacen del LSB-50 una herramienta fundamental para los profesionales del ámbito clínico.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLOGICO

4ASPECTOS METODOLOGICOS

4.1Objetivos de la investigación

4.1.1 General: “Analizar la ansiedad y depresión en niños/as mendocinos/as de 8 a 12 años de edad.”

4.1.2 Específicos:

- “Evaluar la ansiedad y la depresión a través de la administración del test RCADS en niños/as mendocinos de 8 a 12 años de edad”.
- “Evaluar la depresión en dicha muestra mediante el test de Kovacs (CDI)”.
- “Analizar si existen correlaciones significativas entre las dimensiones de ansiedad y depresión infantil evaluadas a través del RCADS, con la depresión infantil reportada en el CDI evaluadas a través del CDI. “
- “Comparar si existen diferencias significativas en función del sexo y ámbito de la escuela, en la depresión infantil evaluadas a través del RCADS y del CDI.”

2.Diseño de investigación

2.1 Tipo de estudio

A fin de alcanzar los objetivos propuestos, la presente investigación será llevada a cabo desde un enfoque cuantitativo, ya que se busca medir con precisión las variables y poder realizar una recolección de datos mediante el uso de cuestionarios psicométricos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Se trabajará desde un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional ya que se busca medir el grado de relación existente entre los resultados obtenidos en los instrumentos que miden la depresión (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014).

Dado el alcance de esta investigación, el tipo de estudio es descriptivo, en la medida en que pretende describir determinados fenómenos, situaciones, contextos o eventos, es decir, detallar como son o como se manifiestan (Hernández Sampieri et al., 2014). Este tipo de estudios miden de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren, para especificar las propiedades de las personas o grupos que se incluyen en el estudio.

3. Tipo de Muestra y participantes

Se trata de una muestra no probabilística (Hernández Sampieri et al., 2014), es decir que las conclusiones que se deriven de este trabajo no podrán generalizarse a toda la población, sino que sólo deben ajustarse a la muestra utilizada. De este modo, la validez a la que apunta esta investigación sería una validez interna, representativa de este grupo de sujetos y no de otros; por lo tanto, no es generalizable. Además, se trabajó con una población no clínica, es decir, con niños que no poseen necesariamente diagnóstico previo de trastornos de ansiedad o depresión.

La muestra está conformada por 57 niños en edad escolar de 7 ° grado, de dos escuelas de la Ciudad de Mendoza. 26 niños (46.6 %) asisten a una escuela privada de ámbito urbano (Dirección General de Escuelas s/f), y 31 niños (54.4 %) asisten a una escuela pública de ámbito marginal (Dirección General de Escuelas s/f). En cuanto al sexo, 29 son niñas (50.9 %), y 28 son niños (49.1 %). Por último, la edad está comprendida entre 12 y 13 años (M: 12.28, DE: .45).

La escuela de ámbito marginal se encuentra en la sexta sección de la ciudad de Mendoza, a ella asisten alumnos del barrio La Favorita, del barrio San Martín y del asentamiento Los Olivares.

La escuela de ámbito privado se encuentra en el centro de Mendoza y a ella asisten alumnos de la zona, es decir de la cuarta, quinta y sexta sección como si también algunos de Godoy Cruz.

5. Instrumentos de evaluación. Descripción y propiedades psicométricas

Inventario de depresión infantil (CDI) Es un test creado por Kovacs en 1992. Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes siendo una de las técnicas más prestigiosas y utilizadas a nivel mundial. Su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años (y hasta los 15 años).

Puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

Posee 27 ítems, de tres alternativas cada uno, en los cuales el sujeto informa acerca de síntomas de depresión característicos de la edad 7-17 años.

Se administró la adaptación argentina de Facio y Batistuta (2001). Pese al prestigio del CDI en el mundo, la investigación destinada a evaluar sus propiedades psicométricas en niños y adolescentes argentinos es casi inexistente. Esta es la razón por la cual en 1998 las autoras Alicia Facio y Mercedes Batistuta se abocaron a traducir el test a un español “argentino” y aplicaron el inventario a 633 adolescentes estudiantes de Paraná, Entre Ríos, que tenían entre 13 y 15 años, siendo seguidos dos años después. Se obtuvo una aceptable consistencia interna y estabilidad test re-test.

Las correlaciones test-retest en un período de dos años fluctuaban entre 57, 53 y 63 según se tratara de la cohorte de 13, 14 o 15 años, respectivamente. La estabilidad a lo largo de los cuatro años desde la edad 13 a la edad 17 era aceptable, $r = 4.2$

Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil RCADS (Chorpita et al., 2000). Es una escala de autoinforme para niños que evalúa la ansiedad y depresión de forma multidimensional, en seis escalas: trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor. La escala está compuesta por 47 ítems y se responde en un formato tipo Likert (0 a 2). Se empleará la versión desarrollada por los autores del presente proyecto, que cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias tanto a nivel de validez (obtenida por análisis factorial confirmatorio) como de confiabilidad (a partir del cálculo de la confiabilidad compuesta). (Casari et al., 2019; Daher et al., 2019).

6.PROCEDIMIENTO

La presente tesis forma parte del proyecto de investigación titulado “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17).

Previo a dar inicio a la recolección de datos, para el ingreso a la escuela de ámbito público fue necesario atravesar por varios procesos burocráticos, Fue

pedido por parte de la dirección de la escuela republica de chile el aval para dicho proyecto, de dirección general de escuelas. Para lo cual ,solicitaron la realización de una nota dirigida al director general de escuelas , Jaime Correas , donde se explicitara con detalles en qué consistía el proyecto , cuales iban a ser los instrumentos y el tiempo que iba a tomar la toma de los mismos.

Para aprobar dicha nota, hubo una demora de 20 días, por este motivo y también en búsqueda de más participantes fue que acudí a una escuela de ámbito privado. Una vez aprobada la nota, y ya habiendo tomado las muestras en el colegio ámbito privado, concurrí a la escuela de ámbito público (urbano marginal)

En ambos casos antes de comenzar, se solicitó una reunión con las directoras de cada establecimiento, para explicar el propósito de la investigación y la modalidad de recolección de datos. En dicha reunión también estuvieron presentes las docentes de grado y se aprovechó la ocasión para mostrar los instrumentos a emplear, y los modelos de consentimiento y asentimiento informado.

Posteriormente, se enviaron las autorizaciones (nota de consentimiento informado) a todos las familias de los escolares de ambas escuelas que se encontraban cursando séptimo grado, a través del cuaderno de comunicaciones.

Seguidamente, una vez firmados los consentimientos, por alguno de los progenitores, manifestando su voluntad de que su hijo participe, comenzó la toma de 2datos con el mismo.

Con los escolares, se explicó en primer lugar el propósito de la investigación en palabras para que pudieran ser comprendidas por el niño (ver modelo de asentimiento informado). Una vez expresada la voluntad del niño de participar, se procedió a la toma de los instrumentos.

En el colegio de ámbito privada la docente solicitó , en pos de no perder tiempo de clase , que las tomas de ambos test se realizaran en grupos de cuatro a cinco niño es decir que en grupos salieran del aula , realizaran las diferentes técnicas y luego ingresaran de nuevo , así sucesivamente con todos aquellos cuyos consentimientos estuvieran firmados ; fue necesario asistir dos veces ya que la primera vez faltaban las firmas de ocho consentimientos.

En la escuela pública, al contrario de lo expuesto anteriormente, la docente prefirió para el ahorro del tiempo que todos los alumnos realizaran las dos técnicas al mismo tiempo.

Es importante aclarar que se vieron importantes diferencias en los dos grupos de escuelas con respecto al procedimiento y a la toma. En primer lugar, para lograr el total de firmas de los consentimientos informados en la escuela pública fue necesario asistir cuatro veces y en algunos casos también fue necesario reponer la nota de consentimiento informado ya que algunos niños al no disponer de cuaderno de comunicaciones habían extraviado la misma. Otra de las grandes diferencias fue que en la escuela privada tanto niños como niñas demoraron en realizar ambos test un promedio de 20-25 minutos, mientras que, en la escuela pública, los adolescentes tardaron de 45 a 60 minutos.

El procedimiento de administración de los test propiamente dicho tanto en pequeños grupos como de manera colectiva, fue similar:

1° momento: se entregó a cada uno de los alumnos las hojas, se explicó de manera clara la consigna, se consultó si había dudas y se procedió a la aplicación de la RCADS.

2° momento: luego se les entregó el CDI y se siguió los mismos pasos nombrados anteriormente.

Es importante aclarar, que se recibió una capacitación previa para la administración de ambos test y que hubo supervisión constantemente.

7. Análisis de los datos

Una vez puntuados los instrumentos de evaluación y para cumplir los diversos objetivos, se empleó el Procesador Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) v. 24.0 como así También el programa Microsoft Office Excel 2007.

En primer lugar, se obtuvieron estadísticos descriptivos de las variables en estudio (media, desvío estándar), y luego se pruebas de estadística inferencial para cumplir los diferentes objetivos de los datos que fueron cargados.

Es importante destacar que no se presentaron datos ausentes o perdidos, es decir, que la totalidad de los participantes (57) respondieron a la totalidad de ítems, en cada técnica.

TERCERA PARTE

RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los cuestionarios RCADS y CDI, en base a los objetivos de investigación propuestos. En primer lugar se darán a conocer las diferencias significativas entre esos datos y las variables sociodemográficas de sexo, edad y tipo de escuela. Y por último se identificará la existencia de correlaciones entre ambas variables (RCADS y CDI).

- 1) Objetivo específico: **“Comparar si existen diferencias significativas en función del sexo y ámbito de la escuela, en las dimensiones de ansiedad y depresión infantil evaluadas a través del RCADS, y en el puntaje total de Depresión evaluado a través del CDI”.**

Para comprobar la presencia de diferencias significativas en función del sexo, se utilizó la prueba t para muestras independientes. (ver tabla 1)

Tabla 1.

Comparación de dimensiones de ansiedad y depresión infantil en función del sexo de los escolares (N= 57)

	Sexo					
	Femenino (n= 29)	Masculino (n= 28)				
	M (DE)	M (DE)	IC (95%)		t	p
			Lím. Inf.	Lím. Sup.		
Fobia Social	9.55 (6.37)	10.03 (2.75)	2,139	-3,11	-0,37	.71
Trastorno de pánico	5.07 (4.14)	5.64 (3.80)	1,548	-2,67	-0,53	.59
Ansiedad de Separación	4.41 (2.89)	4.55(1.97)	1,182	-1,45	-0,2	.83
Anisedad Generalizada	6.65 (2.95)	7.42(3.21)	0,867	-2,4	-0,94	.34
Obsesivo Compulsivo	2.79(1.89)	3.47(2.22)	0,409	-1,78	-1,25	.21
Depresivo Mayor	6.65 (2.58)	7.90(3.04)	0,248	-2,74	-1,67	.1
CDItotal	13.13(6.47)	15.46(5.82)	0,968	-5.6	-1.42	.15

A partir de los resultados obtenidos, se puede observar en relación a la variable sexo, que los hombres obtuvieron valores levemente superiores en cada una de las variables evaluadas por el RCADS, sin embargo, los mismos no son estadísticamente significativos ($ps > .05$). Lo mismo ocurrió en el puntaje del CDI total.

Para evaluar la diferencia significativa existente entre ambas variables de ámbito escolar, se utilizó la prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 2)

Tabla 2.

Comparación de dimensiones de ansiedad y depresión infantil en función del sexo de los escolares (N= 57)

	Privada (n= 26)	Pública (n= 31)	IC (95%)		<i>t</i>	<i>p</i>
			Lím. Inf.	Lím. Sup.		
Fobia Social	10.69(5.97)	9.03(3.71)	4,257	-0,93	1,28	.206
Trastorno de Pánico	2.62(3.06)	7.64(3.08)	-3,381	-6,65	-6,14	.000
Ansiedad de Separación	3.01(1.40)	5.70(2.50)	-1,584	-3,8	-0,2	.000
Ansiedad Generalizada	5.19(2.48)	8.58(2.68)	-2,003	-4,76	-4,91	.000
Obsesivo Compulsivo	1.93(2.01)	4.12(1.54)	-1,246	-3,13	-4,64	.000
Depresión Mayor	5.89(2.09)	8.41(2.94)	-1,14	-3,9	-3,65	.000
CDI total	9.92(4.58)	17.93(4.95)	-5,459	-10,56	-6,29	.000

Como resultado se encontraron múltiples diferencias significativas en las dimensiones evaluadas (en los factores evaluados en la RCADS y en el CDI), entre los alumnos de las distintas escuelas. Todas las diferencias encontradas, se registraron con puntajes medios superiores en los alumnos de la escuela pública. La única variable sin diferencias significativas fue Fobia Social, donde los alumnos de la escuela privada obtuvieron puntajes levemente superiores.

- 2) objetivo específico: **Analizar si existen correlaciones significativas entre las dimensiones de ansiedad y depresión infantil evaluadas a través del RCADS, con la depresión infantil reportada en el CDI.**

Para cumplir el último objetivo, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (ver tabla 3).

Tabla 3.

Correlaciones entre las dimensiones de ansiedad y depresión infantil evaluadas a través del RCADS, con la depresión infantil reportada en el CDI evaluadas a través del CDI (N= 57).

		Fobia Social	Trastorno de Pánico	Ansiedad de Separación	Ansiedad Generalizada	Obsesivo Compulsivo	Depresión Mayor
CD	r	.204	.691	.577	.648	.533	.626
ltotal	p	.128	.000	.000	.000	.000	.000

Como resultado se encontraron múltiples correlaciones significativas positivas, entre el puntaje total de depresión (CDI) con trastorno de pánico, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, y depresión mayor. Debido a que todas las correlaciones son mayor a .50, la intensidad de las mismas es grande (Bologna, 2013). La única subdimensión del RCADS que no correlacionó fue Fobia Social ($p > .05$).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSION

El apartado desarrollado a continuación tiene como objetivo interpretar los resultados obtenidos en nuestra investigación y plasmados en el capítulo anterior, relacionando a los mismos con el marco teórico de referencia y los objetivos que guiaron el presente proyecto. Para lo cual, se tendrá en cuenta las investigaciones y planteos de los autores citados a lo largo del trabajo.

En relación al primer objetivo, que buscaba evaluar si existen **diferencias significativas en función del sexo y ámbito de la escuela**, y para el cual se utilizó la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (Chorpita et al., 2000) y la adaptación argentina del test CDI (Facio, 2001). A partir de la toma de ambos instrumentos, se dio a conocer que, en cuanto a el sexo, al compararlos, no existen diferencias significativas en relación a las puntuaciones obtenidas en el análisis total de las técnicas utilizadas, aunque fueron los hombres quienes obtuvieron en todas las variables de ambos test puntajes levemente mayores ; si bien como fue nombrado anteriormente en el marco teórico, las mujeres presentan tasas más elevadas de ansiedad y depresión a lo largo de todo su ciclo vital surgiendo a fines de la adolescencia y aumentando en la vida adulta; Esto no se manifiesta en la infancia donde no se encuentran diferencias significativas entre niños y niñas o son los niños quienes presentan un leve aumento en los índices de ansiedad y depresión (Mirowsky, 1996)

Se podría decir que la asociación en relación al sexo y los trastornos de ansiedad y depresión, muestra otra perspectiva, diferente a lo que exponen algunos autores quienes explican que, es mayor la presencia de depresión en las mujeres. Esta prevalencia puede atribuirse a factores sociales, biológicos o psicológicos. (Téllez, 2000).

En contraposición y coincidiendo con los datos que se recogieron de la muestra estudiada, los aportes hallados señalan que no se observan diferencias importantes en la prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en niños y niñas previas a la pubertad (Harrington, 2002). Algunos autores han encontrado leves diferencias como se nombró anteriormente, a favor de los niños-

(Anderson, Williams & McGee & Silva, 1987; Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1991;).

A partir de lo explicado anteriormente, este primer objetivo de la investigación abriría la posibilidad de ser un puntapié para futuras líneas investigativas en nuestro país, que permitan conocer cuáles serían los factores que determinan que a partir de la adolescencia las mujeres sean quienes sufren mayores síntomas depresivos y ansiosos.

Por otra parte, cuando se estudió la relación entre la escuela de ámbito privado y la de ámbito público en función de la presencia de indicadores de ansiedad y depresión evaluados a través del RCADS, y CDI se encontraron diferencias sumamente significativas para nuestra investigación. Exceptuando la dimensión de fobia social, la cual fue la única que obtuvo una puntuación mayor por parte de la escuela de ámbito privado.

Siguiendo esta línea de resultados hallados con respecto a la amplia diferencia en la puntuación entre ambas escuelas, encontramos una relación con lo que aportan autores como Moad (2007) que hablan de la existencia de variables en el ambiente escolar que afectan al desarrollo personal del individuo.

Partiendo de los resultados de nuestra investigación y considerando la diferencia de porcentajes obtenidos en el CDI cuyo objetivo es medir la depresión infantil, es que podemos decir que las escuelas públicas tienen mayor tendencia a la depresión y experimentan más síntomas en mayor medida que los alumnos que asisten a las escuelas privadas. Por lo tanto, es probable que el medio en el que se desenvuelven las personas que asisten a escuelas públicas urbano marginales, sea más agresivo y hostil desde el comienzo de la vida tanto social como estudiantil, y sea ésta la causa de una mayor dificultad para desarrollar herramientas que les permitan enfrentar la depresión (González, 2001)

También se ha encontrado en diferentes investigaciones que los estudiantes de las escuelas privadas sienten tener un mayor dominio sobre sus emociones y su actuar en relación a ellas, lo que los hace menos dependientes e influenciados por su ambiente. Mientras que los de las escuelas públicas sienten al ambiente demasiado cambiante y hostil lo que puede provocar angustia generada por la incertidumbre. Con referencia a lo anterior Cotton y

Range (1996) dicen que la falta de esperanza en el futuro afecta al grado de depresión de los adolescentes.

La particularidad que tiene la muestra estudiada es que no se les está adjudicando un diagnóstico a los niños, sino que se buscó conocer la existencia de indicadores afectivos para un futuro trastorno. En relación a esto podemos pensar que los alumnos que asisten a la escuela pública urbano marginal pertenecen a una población que ya tiene ciertos índices que podrían derivar en un trastorno depresivo a desarrollarse en la edad adulta. (Moat, 2007)

La bibliografía acompaña a los datos que se obtuvieron, donde se podría pensar que existen varios factores que pueden ser determinantes de un futuro trastorno depresivo, como por ejemplo la funcionalidad familiar, la relación padre-hijo, los factores socioeconómicos, el rendimiento escolar, entre otros (Cotton , 1996).

En cuanto al último objetivo y propósito inicial de la investigación, indagar el grado de correlación entre el CDI y la RCADS y de esta manera poder conocer la validez concurrente de esta última ,Se encontró que existe un alto índice de correlación , lo que en primera medida le da a nuestra investigación validez y por otra parte aumenta la validez de la RCADS.

Estos resultados coinciden con dos investigaciones previas que utilizaron ambos instrumentos, tanto en población estadounidense (Chorpita et al., 2005) como en población española (Sandín et al., 2010) Dichas investigaciones encontraron correlaciones positivas entre Depresión Mayor evaluada a través de la RCADS y Depresión Infantil evaluada a través del CDI. Sin embargo, no exploraron la correlación entre Depresión con las demás subescalas de la RCADS.

Este resultado confirma entonces hallazgos previos y así como también realiza nuevos aportes acerca de la relación entre ansiedad y depresión en la infancia.

Las investigaciones que se nombraron anteriormente son dos una realizada en España (Jaen) en donde participaron 544 adolescentes de entre 10-15 años , en la misma se utilizaron y correlacionaron diferentes test:RCMAS, CDI, RCADS,CDN, CASI , SAD) , luego se correlacionaron todas las técnicas en pos

de los diversos objetivos pero a diferencia de nuestra investigación solo se correlacionaron los resultados del CDI con aquellos indicadores que miden depresión mayor en la RCADS no con todo el test. Lo mismo sucedió con la investigación llevada a cabo en EEUU (California) en donde a diferencia de la investigación anterior y de la nuestras , se trabajó con una muestra *clínica* de 514 chicos de entre 8-13 años , y además se utilizaron diferentes mecanismos que aportaban información sociodemográfica lo cual consideramos hubiera sido de gran utilidad y provecho en nuestra investigación .

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La investigación tuvo como objetivo general analizar la ansiedad y depresión , en niños y niñas de 8 a 12 años, en Mendoza.

Asimismo, se pretendió conocer el grado de correlación entre las variables sexo y ámbito escolar. Es prudente comentar brevemente los aspectos que facilitaron que se llevara a cabo el estudio satisfactoriamente y las limitaciones que el mismo presentó.

En relación a los objetivos, estos fueron cumplidos permitiendo así conocer la relación que existe entre variables de sexo , variables de ámbito escolar y conociendo también el grado de correlación entre las técnicas utilizadas : RCADS y CDI.

Dentro de las facilidades que contó esta investigación en primer lugar fue la aceptación, tanto de padres, niños, docentes y directivos en participar en la toma de técnicas para la obtención de datos. La autorización de los padres resultó fundamental para dar comienzo a la investigación.

Las limitaciones que pueden mencionarse son en torno a los alcances de la investigación, algunas variables no fueron tenidas en cuenta, como por ejemplo diferentes factores de riesgo como podrían ser autoestima, dificultades en relaciones interpersonales, situaciones contextuales familiares específicas, no fueron evaluadas y podrían influir en los resultados. Además hubiera sido de mucha utilidad contar con un instrumento estandarizado que nos permitiera exponer los comentarios realizados por parte de las maestras y la comunidad educativa en relación al alumnado. Por otra parte también , la edad de la muestra , que solo representa solo alumnos de 7° grado. Esto fue elegido debido a la edad para la que fue adaptado el CDI. En futuras investigaciones podría explorarse esta relación con niños de menor edad, empleando otros instrumentnos que también evalúen depresión, ya sea desde la perspectiva de los padres (Como el Child Behavior Checj List) o desde la propia perspectiva de los niños (Richaud et al. 2001)

En tanto, las conclusiones que se expondrán a continuación solo tienen validez en relación a los participantes de la muestra, no pueden ser generalizadas a toda la población de niños. De acuerdo a los resultados

exhibidos en los tres capítulos anteriores, dado su correspondiente presentación y su análisis de resultados, se llegó a las siguientes conclusiones.

En relación al total de la muestra no se hallaron datos significativos en relación al sexo . Sin embargo, queda abierta una línea de investigación futura para conocer cómo varían los resultados en una muestra que abarque un mayor rango de edad, ya que a partir de las investigaciones ya nombradas se puede comprobar que, a medida que se acrecienta la edad, mayores son los indicadores de los trastornos de ansiedad y depresión siendo las mujeres las más afectadas. Por lo tanto la existencia de indicadores de ansiedad y depresión aumentaría conforme el desarrollo evolutivo.

Al evaluar los resultados de las técnicas en relación a la escuela de ámbito urbano marginal y a la de ámbito privado, los datos permitieron conocer que existen diferencias ampliamente significativas entre ambas escuelas. Por lo cual, es válido considerar y preguntar por qué al comparar los grupos de ambas escuelas, se conoció que los niños pertenecientes a la escuela urbano marginal presentaban mayores indicadores de trastornos de ansiedad y depresión. Esta última perspectiva podría llevar a preguntar cuáles serían las herramientas desde las instituciones educativas que deberían brindarse en ésta población para disminuir el incremento de estos indicadores.

Por lo dicho anteriormente, se considera que este estudio ha sido novedoso al examinar una población no clínica, explorando indicadores y descartando patología en curso. Se estudió aquellos factores que pueden predecir el desencadenamiento de trastornos en niños.

Esta investigación completa el proceso de validación de la RCADS, que ya cuenta con validez de contenido y validez de constructo. El análisis de la validez convergente aquí encontrado, demuestra que con el uso de un instrumento que evalúa un constructo similar (depresión), se encontraron correlaciones positivas entre ambas medidas. A su vez, las correlaciones entre las subescalas de trastornos de ansiedad con el puntaje total de depresión (evaluada a través del CDI), confirma la relación dimensional que existe entre ambos, y en la cual está basado el RCADS, debido a la alta comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Uno de los aportes de la investigación circunda en la importancia de contar con dispositivos psicológicos dentro del ámbito escolar que permitan conocer y

asistir a los estudiantes, proponiendo talleres, espacios de reflexión a cargo de profesionales idóneos con el fin de acompañar la trayectoria de los estudiantes. Realizar un seguimiento de los niños durante su etapa escolar, no sólo al ingreso en los primeros años, permitiría acompañar las trayectorias escolares de cada alumno para poder atender a tiempo a dificultades identificando y apuntalando a aquellos niños que más ayuda necesitan para disminuir las posibilidades de desarrollar posibles patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. S., & Duran-Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencias*, 16(3), 156–161. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113h.pdf>
- Ajilchi, B., Nejati, V. Ajilchi, B., & Nejati, V. (2017). Executive functions in students with depression, anxiety, and stress symptoms. *Basic and clinical neuroscience*, 8(3), 223- 232. doi: 10.18869 / nirp.bcn.8.3.223
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado en 06 de noviembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es
- Barceló, E.; Lewis, E.; y, Moreno, S. (2006). *Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios que presentan bajo y alto rendimiento académico*. Revista Psicología desde el Caribe.
- Beck, A. T. & Clark, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. [Versión electrónica]. Recuperado de: https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. Recuperado de: [https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Ntw8AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&dq=Beck,+A.+T.,+%26+Alford,+B.+A.+\(2009\).+Depression:+Causes+and+treatment&ots=l0aCFC8PDL&sig=y_Z6f21wLley9MUtZ7KEI76mXKo&redir_esc=y#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20T.%2C%20%26%20Alford%2C%20B.%20A.%20\(2009\).%20Depression%3A%20Causes%20and%20treatment&f=false](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Ntw8AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&dq=Beck,+A.+T.,+%26+Alford,+B.+A.+(2009).+Depression:+Causes+and+treatment&ots=l0aCFC8PDL&sig=y_Z6f21wLley9MUtZ7KEI76mXKo&redir_esc=y#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20T.%2C%20%26%20Alford%2C%20B.%20A.%20(2009).%20Depression%3A%20Causes%20and%20treatment&f=false)
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. doi: org/10.1016/j.psc.2009.06.002
- Behar, A., Arriagada, S. y Casanova, Z. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: un estudio comparativo*. Revista Médica de Chile, 133(12), 1407-1414
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (1). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/d645/ca044a3f5bdf427d5065a4ef3619ec92d01b.pdf>.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. D. L. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de psicología*, 29 (1), 131-140. doi: 10.6018/analesps.29.1.137831
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. D. L. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de psicología*, 29 (1), 131-140. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_evolutiva3.pdf
- Blehar, M.D. & Oren, D.A. (1995). Women's increased vulnerability to mood disorders integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 3, 3-12.

- Bologna, E. (2013). *Estadística para psicología y educación*. Córdoba: Brujas.
- Borges, L., dos Santos, A., & Aparecida, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias Psicológicas*, 10 (2), 189-197. Doi: 10.22235/cp.v10i2.1255.
- Bowes, L., Wolke, D., Joinson, C., Lereya, S. T. & Lewis, G. (2014). Sibling bullying and risk of depression, anxiety, and self-harm: A prospective cohort study. *Pediatrics*, 134 (4), 1032-1039 doi: 10.1542/peds.2014-0832
- Branden N. *Los seis pilares de la autoestima*. Buenos Aires: Paidós; 1995
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gérardin, P., Cohen, D., Guilé, J. M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (1), 5-15. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886672>
- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017&lng=es&tlng=es.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38 (4), 735-746. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Cantón, J. & Cortés, M. (2003). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza Editorial 3,145-166.
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001
- Carballeira, M., González, J., y Marrero, R. (2015). Diferencias transculturales en bienestar subjetivo: México y España. *Anales de Psicología*, 31(1), 199-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16732936021.pdf>
- Casari, L, Ison, M., & Gómez, B. (2019). *Personal Style of the Therapist: Influence on children psychotherapy outcomes*. Presented at International Society for the study of Behavioural Development – Regional Workshop. Mendoza, 22-25 de octubre
- Chávez-Hernández, A. M., Correa-Romero, F. E., Klein-Caballero, A. L., Macías-García, L. F., Cardoso-Espindola, K. V., & Acosta-Rojas, I. B. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35 (3), 501-514. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733
- Chiracu, A. (2016). Anxiety in children. *Romanian Journal of Cognitive-Behavioral Therapy & Hypnosis*, 3(2), 35–40. Recuperado de: <http://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2048/login?url=http://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116582108&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

- Cía, A. (2002). La ansiedad y sus trastornos. En Cía, A. (Ed.), Manual diagnóstico y terapéutico (Cap. 1 pp. 11-21) Buenos Aires: Polemos.
- Cooper, M., Shaver, P. & Collins, N. (1998). *Attachment styles, emotion– regulation and adjustment in adolescence*. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 1380–1397.
- Cotton, R., Range, L. (1996). Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in clinical and nonclinical adolescents. *Death Studies*, 20, 601.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs Ericsson, N., Keough, M. E. & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177 (1), 150-155. doi: 10.1016/j.psychres.2009.03.008
- Cova, F. (2003). *Influencia familiar y diferencias de género en conductas externalizadas e internalizadas en preadolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad el País Vasco, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Pérez, M., y Rocha Zúñiga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 127-134. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Daher, C., Casari, L., Arroyo, M., & González, D. (2019). *Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil en escolares del Gran Mendoza*. Presentación realizada en 17° Jornadas Anuales de Investigación y 11° Primer Encuentro del Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad del Aconagua. Mendoza, Argentina.
- Darke, S. (1988). Anxiety and working memory capacity. *Cognition and emotion*, 2 (2), 145-154. doi: 10.1080/02699938808408071
- De la Vega, N., y Oros, L. B. (2013). El rol de las emociones positivas empáticas en el comportamiento social de los adolescentes. *Psicodebate*, 13(1), 4-18. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/1385>
- Del Barrio, V. 2001. *Avances en la depresión infantil y juvenil*. Información Psicológica, 4, No. 76, 3-23.
- Del Barrio, V. (2013). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*, 100, 49-59. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642738>
- Del Barrio, V. y C. Moreno. (1996). *Evaluación de la depresión y la ansiedad infantil*. Ansiedad y Estrés, 2 (2-3), 131-158. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928002>
- Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5 (1) ,47-64. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-982009000100005&script=sci_abstract&lng=es
- Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409–434. doi: 10.1080/02699939208409696
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336–353. doi:10.1037/1528-3542.7.2.336.

- Facio, A. y Batistuta, M. (2001). What makes Argentinian girls unhappy? A cross-cultural contribution to understanding gender differences in depressed mood during adolescence. *Journal of Adolescence*, 24, 671-680. doi: 10.1006/jado.2001.0420
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E. , Patten, S. B. , Freedman, G., Murray, C. J. , ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547.
- Ferrel Ortega, F. R., Vélez Mendoza, J. & Ferrel Ballestas, L. F. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, 12 (2), 35-47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476655660003>
- Fredrickson, B.L. (2004). El poder de los buenos sentimientos. *Mente y Cerebro*, 8, 74-78. Recuperado de: www.unc.edu/peplab/publications/Fredrickson_AmSci_Spanish_2003.pdf
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- García-Pacios, J., Del Río, D., & Maestú, F. (2014). State anxiety in healthy people can increase their vulnerability to neutral but not to unpleasant distraction in working memory. *Clínica y Salud*, 25(3), 181-185. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180632489007.pdf>
- Garibay Ramirez, J. L., Jimenez Garces, C., Vieyra Reyes, P., Hernandez Gonzalez, M. M. & Villalon López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49576>
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77 (1), 34-38. Recuperado de: www.scielo.edu.uy › scielo › pid=S1688-12492006000100008
- Gomez J. (2005). *El concepto de depresión: historia, definiciones, nosología, clasificación*. Versión electrónica. www.psiquiatria.com
- González-Forteza, Catalina, Hermosillo de la Torre, Alicia Edith, Vacio-Muro, María de los Ángeles, Peralta, Robert, & Wagner, Fernando A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Goodman, E., Slap, G., Huang, B. (2003). The public health impact socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 11,
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72. Recuperado de: www.ejournal.unam.mx › rfm › no49-2 › RFM49208
- Harrington, R., Rutter, M. & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-611
- Herman, K. C., Lambert, S. F., Reinke, W. M., & Jalongo, N. S. (2008). Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 400-410. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012654>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.
- Hogendoorn, S. M., Prins, P. J. M., Vervoort, L., Wolters, L. H., Nauta, M. H., Hartman, C. A., Moorlag, H., Haan, E. & Boer, F. (2012). Positive thinking in anxiety disordered children reconsidered. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (1), 71-78. doi: [10.1016/j.janxdis.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.09.003)
- Jiménez Pascual, A. M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82 (22), 115-126. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15805>
- Kaplan G, Glasser S, Murad H, Atamna A, Alpert G, Goldbourt U; et al. Depression among Arabs and Jews in Israel: a population-based study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schalck, R. & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: resulted of the longitudinal Bella study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (6), 695-703. doi: [10.1007/s00787-014-0637-5](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0637-5)
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory. Manual*. North Tonawanda, Estados Unidos: Multi-Health Systems Inc.
- Lara Ros, M. R., Rodríguez Jiménez, T., Martínez González, A. E. & Pisqueras Rodríguez, J. A. (2017). Relación entre el bullying y el estado emocional y social en niños de educación primaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4 (1), 59-64. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67817>
- Leis, J. A., Heron, J., Stuart, E. A. & Mendelson, T. (2014). Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: Does prenatal mental health matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42 (1), 161-171. doi: [10.1007/s10802-013-9766-4](https://doi.org/10.1007/s10802-013-9766-4).
- Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A. & Harold, G. T. (2013). Parent-child hostility and child and adolescent depression symptoms: the direction of effects, role of genetic factors and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23 (5), 317-327. doi: [10.1007/s00787-013-0460-4](https://doi.org/10.1007/s00787-013-0460-4)
- Liu, M., Wang, L., Shi Z., Zhang, Z., Zhang, K. & Shen, I. (2011). Mental Health Problems among Children One-Year after Sichuan Earthquake in China: A Follow-up Study. *Plos one*, 6 (2). doi: [10.1371/journal.pone.0014706](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014706)
- López, M. (2013). Rendimiento académico: su relación con la memoria de trabajo. *Revista actualidades investigativas en educación*, 13 (3), 1-19. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11336/1389>
- Maras, D., Flament, M. F., Murray, M., Buchholz, A., Hendersn, K. A., Obeid, N. & Goldfield, G. S. (2015). Screen time is associated with depression and anxiety in canadian youth. *Preventive Medicine*, 73, 133-138. Doi: [10.1016/j.ypmed.2015.01.029](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.029)

- Martín Vivar, M. (2017). *Nuevas evidencias de fiabilidad y validez de la versión reducida de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30)* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, España.
- Mc Laughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (9), 544-554. doi: [10.1016/j.brat.2011.06.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003)
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression research and treatment*, 11, 1-7. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/548034>
- Mehmood, T., & Sultan, S. (2014). Translation And Adaptation of Revised Children's anxiety And Depression Scale. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 5(2), 93-106.
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C. & Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (a. Beck, 1974): Estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina. *Anuario de Investigaciones*, 16, 365-373. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/67458>
- Moad, Cecilia Depresión en Adolescentes de Escuelas Públicas y Privadas Psicología Iberoamericana, vol. 15, núm. 1, junio, 2007, pp. 6-12 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México
- Moad, Cecilia (2007) Depresión en Adolescentes de Escuelas Públicas y Privadas Psicología Iberoamericana Vol. 15 No. 1, pp. 6-12 recuperado de : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928002>
- Moneta, M. (2003). *El apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago: Cuatro Vientos. 248-262
- Nieves, A., Rosseillo, J., & Guisasola, E. (1993). Age and gender differences in depression among Puerto Rican children and adolescents. *The Journal of MARC Research*, 1, 43-50.
- Nilsson, S., Buchholz, M., & Thunberg, G. (2012). Assessing children's anxiety using the modified short state-trait anxiety inventory and talking mats: A pilot study. *Nursing research and practice*, 2012. doi:10.1155/2012/932570
- Nissen, G. 1997. *La depresión en la niñez y en la adolescencia: diagnóstico y tratamiento*. Psicopatología. 7 (3) 303-314. Madrid Panamericana.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. & Seligman, M.E.P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 233-237
- Orgilés Amorós, M., & Méndez Carrillo, X., & Rosa Alcázar, A., & Inglés Saura, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19 (2), 193-204. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16719203>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005

- Oros, L. (2014). Nuevo cuestionario de emociones positivas para niños. *Anales de Psicología*, 30(2), 522-529. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158361>
- Pan, X., Liu, W., Deng, G., Liu, T., Yan, J., Tang, Y., Dong, W., Cui, Y., Xu, M. (2015). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in worst-hit areas 3 years after the Wenchuan earthquake in China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27 (2), doi: 10.1177/1010539513488625.
- Panther Brick, C., Goodman, A., Tol, W. & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: A longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (4), 349-363. doi:[10.1016/j.jaac.2010.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.001)
- Panther Brick, C., Goodman, A., Tol, W. & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: A longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (4), 349-363. doi:[10.1016/j.jaac.2010.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.001)
- Panther Brick, C., Goodman, A., Tol, W. & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: A longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (4), 349-363. doi:[10.1016/j.jaac.2010.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.001)
- Pardo, G.; Sandoval, A.; y, Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28. Extraído de <http://www.humanas.unal.edu.co>
- Paulus, F. W., Backes, A., Sander, C. S., Weber, M. & Von Gontard, A. (2015) Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: A population-based study. *Child Psychiatry & Human Development*, 46 (1), 150-157. doi: [10.1007/s10578-014-0460-8](https://doi.org/10.1007/s10578-014-0460-8)
- Pelaz, A. A., Bayón Pérez, C., Fernández Liria, A., Rodríguez Ramos, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 40 (10), 617-625. Recuperado de: <https://pap.es/articulo/981/temperamento-ansiedad-y-depresion-en-poblacion-infantil>
- Pineda, D. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de neurología*, 30(8), 764-768. Recuperado de: <https://doi.org/10.33588/rn.3008.99646>. Introducción.
- Pineda, D., Valiente, R. A., Chorot, P. & Sandín, B. (2017). Síntomas ansioso-depresivos en niños y su relación con los estilos educativos de los padres. *Información psicológica*, 114, 73-82. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6350811>
- Piqueras Rodríguez, J.; Martínez Gonzalez, A.; Ramos Linares, V.; Riveto Burón, R.; García Lopez, L. y Oblitas Guadalupe, L. (2008). *Ansiedad, Depresión y Salud*. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
- Pulido Acosta, F., y Herrera Clavero, F. (2018). Predictores de la felicidad y la inteligencia emocional en la educación secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 71-84. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62705>.
- Reifman, A. & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behavior as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: a longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 24, 329.
- Restrepo-Restrepo, Claudia, Vinaccia Alpi, Stefano, y Quiceno, Japcy Margarita. (2011). Resiliencia y depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma*

Psicológica, 18(2), 41-48. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>

- Reyes, Y. (2003) *Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad, en estudiantes del primer año de Psicología-Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/28684.html
- Ríos Martínez, B.; Rangel Rodríguez, G.; Álvarez Cordero, R.; Castillo González, F.; Ramírez
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44 (10), 2029- 2040. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Roeser, R. W., van der Wolf, K., & Strobel, K. R. (2001). On the Relation between Social–Emotional and School Functioning During Early Adolescence. *Journal of School Psychology*, 39 (2), 111–139. doi:10.1016/s0022-4405(01)00060-7
- Romero, R. (2012). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Revista del Sistema CETYS Universidad*, 29 (4), 14- 16.
- Romero, R. (2012). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Revista del Sistema CETYS Universidad*, 29 (4), 14- 16
- Sadock, B. (Eds.), *Manual de Psiquiatría Clínica* (Cap. 1 pp. 4-12) Bogotá: Médica
- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19 (1), 63-76. doi: 10.5944/rppc.vol.19.num.2014.12983
- Sandín, B., Valiente, R., & Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3, 193-206. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4078/3932>
- Seligman, M.E.P. (2005). *La auténtica felicidad* (M. Diago & A. Debrito, Trads.). Colombia: Imprelibros, S.A. (Trabajo original publicado en 2002). Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C. L. & Costello, J. E. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (5), 550-558. doi: [10.1016/j.jaac.2013.12.029](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.029)
- Sharp, Paul B., Gregory A. Miller & Wendy Heller. (2015). Dimensiones transdiagnósticas de la ansiedad: mecanismos neuronales, funciones ejecutivas y nuevas direcciones. *Revista Internacional de Psicofisiología*, 98(2), 365-377. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876015300039>
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E., & Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(6), 1121-1130. doi: [10.1017/S0033291713001803](https://doi.org/10.1017/S0033291713001803)
- Siemen J R, Warrington C A. & Mangano, E. L. *Comparison of the Millon Adolescent Personality Inventory and the Suicide Ideation Questionnaire-Junior*

- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la Obesidad. Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro, 1-37. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>
- Stoddard, J., Stringaris, A., Brotman, M. A., Montville, D., Pine, D. S. & Leibenluft, E. (2013). Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Journal of Depression and Anxiety*, 31 (7), 566-573. doi: 10.1002/da.22151
- Thabet, A M., Thabet, S. S. & Vostanis, P. (2016). The Relationship between War Trauma, PTSD, Depression, and Anxiety among Palestinian Children in the Gaza Strip. *Health Science Journal*. doi: 10.4172/1791-809X.1000100501
- Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. E. & Draca, J. (2010). Anxiety and/or depression in 10-15-year-olds investigated by child welfare in Canada. *The Journal of Adolescent Health*, 48 (5), 493-498. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.08.009
- Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. E. & Draca, J. (2010). Anxiety and/or depression in 10-15-year-olds investigated by child welfare in Canada. *The Journal of Adolescent Health*, 48 (5), 493-498. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.08.009
- Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. E. & Draca, J. (2010). Anxiety and/or depression in 10-15-year-olds investigated by child welfare in Canada. *The Journal of Adolescent Health*, 48 (5), 493-498. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.08.009
- V. R. Zare, et al (2018) Assessment of “depression, anxiety and stress” among students of schools at RHTC area catered by private medical college in South India Int J Community Med Public Health DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182658>
- Vallejo Ruiloba J (1994). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría 3ra edición.
- Vassallo, S., Edwards, B., Renda, J. & Olsson, C. A. (2014). Bullying in early adolescence and antisocial behavior and depression six years later: What are the protective factors? *Journal of School Violence*, 13 (1), 100-124. doi: 10.1080/15388220.2013.840643
- Vytal, K. E., Cornwell, B. R., Arkin, N. E., Letkiewicz, A. M., & Grillon, C. (2013). The complex interaction between anxiety and cognition: insight from spatial and verbal working memory. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 93. Recuperado de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00093/full>
- Wang, W., Fu, W., Wu, J., Ma, X., Sun, X., Huang, Y., Hashimoto, K. & Gao, C. (2012). Prevalence of PTSD and depression among junior middle school students in a rural town far from the epicenter of the wenchuan earthquake in china. *Plos One*, 7 (7). doi: 10.1371/journal.pone.0041665
- Weder, N., Zhang, H., Jensen, K., Yang B. Z., Simen, A., Jackowski, A., Lipschitz, D., Douglas Palumberi, H., Gema, M., Pereplechikova, F., O' Loughlin, K. Hudziak, J. J., Gelernter, J. & Kaufman, J. (2014). Child abuse, depression, and methylation in genes involved with

stress, neural plasticity, and brain Circuitry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (4), 417-424. doi: [10.1016/j.jaac.2013.12.025](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.025)

- Wiella, G.; Pantoja Millán, J.P.; Macías Valadez, B.; Arrieta Maturino, E. y Ruiz Ochoa, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Medica Grupo Angeles*, 6 (4). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf> *with an adolescent inpatient sample*. *Psychological Reports*. 1994; 75 (2): 947-950
- Zalsman G, et al. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006; 15(4): 82

ANEXOS

Consentimiento informado para padres

Sres. Padres:

Los invitamos a participar de una investigación de la Facultad de Psicología, de la Universidad del Aconcagua que presenta como principal objetivo evaluar ansiedad y depresión en niños. Para ello se administrarán dos pruebas psicológicas que exploran el estado de ánimo general, con oraciones que expresan cómo se sienten actualmente los niños, donde los alumnos deberán indicar el grado de acuerdo con cada afirmación.

Estas pruebas serán administradas en horarios de clase, con previa autorización del personal de la escuela, y la duración estimada es 20 minutos.

Toda la información será confidencial, es decir, los datos de cada niño sólo serán conocidos por los investigadores. Además, es importante señalar, que la participación es voluntaria y sin costo. Finalmente, se respetará el derecho del niño en caso de que decida no participar de la investigación, debido a que antes de iniciar la evaluación se incluirá un formulario de asentimiento donde el niño dejará constancia de su libre voluntad de participar en la investigación. Ante cualquier duda puedo contactarme con la responsable de la investigación, Agustina López, a través del correo electrónico: lopezagustinasol@gmail.co

Por medio de la presente, dejo constancia de que se me ha explicado en qué consiste la investigación que se desarrollará, el carácter voluntario de la misma y la confidencialidad de la información que se obtenga. Además, se me informó que ante cualquier duda puedo contactarme con la investigadora responsable de la investigación.

Acepto y autorizo a mi hijo/a
.....DNI.....para que participe en
la investigación (**Marque con una cruz**) **Sí**____ / **No** ____.

Firma de Madre, Padre o tutor y
fecha

DNI y Nombre y apellido de la
madre, padre o tutor que firmó la
autorización

MODELO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Agustina Lopez y soy estudiante en la Universidad del Aconcagua. Junto a mi equipo de trabajo estamos estudiando las emociones y sentimientos de los niños que tienen entre 8 y 12 años de edad . Por eso queremos pedirte que nos ayudes participando en el proyecto.

Tu participación consiste en que hagas una serie actividades que consisten en responder dos test , marcando con una cruz la respuesta que mas se parezca a como te sentís . Estas actividades vas a realizarlas durante el horario escolar.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, por más que tus papás hayan dicho que podés participar, si vos no queres hacerlo, puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si estabas participando y por algún motivo vos o tus padres no quieren continuar en el proyecto, no habrá problema y nadie se enojará, o si no querés responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá inconveniente.

La información que tengamos de vos, así como las respuestas de las actividades que vas a realizar son confidenciales, es decir que no se la diremos a nadie fuera del equipo de trabajo. Además, tus padres también sabrán los resultados, en algún momento del proceso.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (☐) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribí tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna (☐), y no escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil, versión para niños de Argentina

Nombre:

Edad:

Por favor marca con círculo la palabra que muestre con cuánta frecuencia te sucede cada una de las siguientes oraciones. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	Me preocupo por muchas cosas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
2	Me siento triste.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
3	Cuando me pongo nervioso, siento algo feo en mi panza.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
4	Cuando hago algo mal, me preocupa lo que puedan pensar los demás de mí.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
5	Me preocupa quedar mal delante de otras personas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
6	Me da miedo quedarme solo en casa.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
7	No me divierto tanto como antes.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
8	Me da miedo una prueba o presentación oral.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
9	Me preocupa pensar que alguien está enojado conmigo.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
10	Tengo pensamientos malos y tontos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
11	Me cuesta dormirme o me despierto solo en las noches.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
12	Me preocupa que piensen mal de mí porque me va mal en la escuela.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
13	Me preocupa que le pueda pasar algo malo a alguien de mi familia.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
14	De golpe siento que me falta el aire y no puedo respirar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
15	Tengo poco hambre en estos días.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
16	Tengo que controlar varias veces que hice las cosas bien (como haber apagado la luz, o haber cerrado la puerta con llave).	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
17	Me da miedo dormir solo en mi pieza.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
18	Me cuesta ir a la escuela porque me siento nervioso.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
19	Tengo pocas ganas para hacer cosas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
20	Me preocupa que me vean como un tonto.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

21	Casi todos los días estoy muy cansado.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
22	Muchas veces al día me preocupa que me pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
23	No me puedo sacar de mi cabeza pensamientos malos o tontos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
24	Cuando tengo un problema me late muy fuerte el corazón.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
25	Últimamente me cuesta concentrarme.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	De pronto me empiezo a sentir agitado sin ningún tipo de problema.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
27	Me preocupa que me pase algo malo	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
28	Cuando tengo un problema, siento que voy a desmayar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
29	Siento que no soy importante para mi familia y amigos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
30	Me preocupa equivocarme y que los demás se den cuenta.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
31	Tengo que hacer cosas especiales, como repetir palabras o números, para que no me pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
32	Me preocupa lo que las personas piensen de mí.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
33	Me da miedo estar en lugares con mucha gente como shoppings, cines, colectivos, salas de juegos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
34	A veces me pasa que siento miedo y no sé por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
35	Me preocupo por lo que va a pasar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
36	De repente me siento mareado/a o débil y no sé por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
37	Pienso en la muerte.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
38	Me da vergüenza hablar en frente de mis compañeros de clase.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
39	De golpe mi corazón empieza a latir muy rápido sin ninguna razón.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
40	La mayor parte del tiempo, no tengo ganas de hacer nada.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
41	Me preocupa sentir miedo sin saber por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
42	Tengo que hacer algunas cosas muchas veces, como lavarme las manos, limpiar, ordenar las cosas de cierta manera.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
43	Tengo miedo de pasar vergüenza o parecer tonto frente a la gente.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
44	Tengo que hacer las cosas siempre de la misma manera para que no pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

45	Me da miedo irme a dormir a la noche solo sin mis papás.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
46	Me da miedo tener que irme a dormir a otro lugar que no sea mi casa, sin mis papás y hermanos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
47	Me siento inquieto o intranquilo.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

ESCALA KOVACS CDI

En cada grupo de tres oraciones marca con una cruz la que dice cómo te **sentiste en las dos últimas semanas.**

1. Pocas veces me siento triste
Muchas veces me siento triste
Todo el tiempo me siento triste
2. Nada me va a salir bien.....
No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.....
Las cosas me saldrán muy bien.....
3. Hago bien muchas cosas.....
Hago mal muchas cosas.....
Hago todo mal.....
4. Muchas cosas me divierten.....
Algunas cosas me divierten
Nada me divierte
5. Me porto mal todo el tiempo.....
Me porto mal muchas veces.....
Me porto mal pocas veces.....
6. Pocas veces pienso que me va a pasar algo malo.....
Me preocupo pensando que me pase algo malo.....
Estoy seguro que me van a pasar cosas horribles.....
7. Odio como soy.....
No me gusta como soy.....
Me gusta como soy.....
8. Soy culpable de todo lo malo que pasa.....
Soy culpable de muchas cosas malas que pasan.....
Soy culpable de algunas cosas malas que pasan.....

9. No estoy pensando en matarme
Pienso en matarme pero no lo haré
Quiero matarme
10. Todos los días tengo ganas de llorar
Muchos días tengo ganas de llorar
Pocas veces tengo ganas de llorar
11. Las cosas me molestan todo el tiempo
Las cosas me molestan algunas veces
Las cosas me molestan pocas veces
12. Me gusta estar con la gente
Muchas veces no me gusta estar con la gente.....
Casi nunca me gusta estar con la gente.....
13. No puedo tomar decisiones.....
Me es difícil tomar decisiones.....
Me decido fácilmente.....
14. Tengo buen aspecto físico
Hay algunas cosas feas en mi aspecto físico
Me veo feo/a
15. Todos los días me cuesta estudiar.....
Muchas veces me cuesta estudiar.....
No me cuesta estudiar
16. Todas las noches me cuesta dormir.....
Muchas noches me cuesta dormir.....
Duermo bien.....
17. Pocas veces me siento cansado.....

Muchos días me siento cansado.....

Todo el tiempo me siento cansado.....

18. Casi todos los días no tengo ganas de comer

Muchos días no tengo ganas de comer

Tengo buen apetito

19. No estoy preocupado por dolores o malestares

Me preocupo muchas veces por dolores o malestares

Todo el tiempo estoy preocupado por dolores o malestares

20. No me siento solo

Muchas veces me siento solo

Todo el tiempo me siento solo

21. Nunca la paso bien en la escuela

Pocas veces la paso bien en la escuela

Muchas veces la paso bien en la escuela

22. Tengo muchos amigos

Tengo algunos amigos pero quisiera tener más

No tengo amigos

23. Me va bien en el estudio

En el estudio me va ahora peor que antes

Me está yendo muy mal en materias en que antes andaba bien

24. Las cosas nunca me salen tan bien como a los otros chicos y chicas

Si quiero, las cosas me salen tan bien como a los otros chicos y chicas....

Hago las cosas tan bien como los otros chicos y chicas

25. Nadie me quiere realmente

Tengo dudas si alguien me quiere

Estoy seguro de que alguien me quiere

26. Casi siempre hago caso a lo que me dicen

Muchas veces no hago caso a lo que me dicen

Nunca hago caso a lo que me dicen

27. Me llevo bien con la gente

Muchas veces me meto en peleas o discusiones

Me estoy peleando todo el tiempo

